



2020 - "Año del General Manuel Belgrano".

## PROYECTO DE INVESTIGACION



# Posicionamiento ante la Ley Nacional de Salud Mental 26.657, desde un enfoque de derechos del paciente.

Estudio descriptivo, transversal a realizarse con enfermeros/as en el Hospital Dr. Emilio Vidal Abal en el período agosto a diciembre del 2021

Asesor Metodológico:

Lic. Díaz Estela Del Valle

Autores:

Álvarez, Leticia V   
Cañete, Analía L. 

Córdoba, marzo de 2021

## DATOS DE LOS AUTORES

*Cañete, Analía Liliانا:* Enfermera egresada de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba. Actualmente se desempeña como enfermera operativa en el Hospital Córdoba en el área de cuidados críticos Terapia del Instituto del Quemado.

*Álvarez, Leticia Verónica:* Enfermera egresada de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba. Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental Y Psiquiatría, egresada del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba. Actualmente se desempeña como enfermera asistencial en el servicio de guardia central en el Hospital Zonal de la Ciudad de Oliva.

## AGRADECIMIENTOS

*Cañete, Analía Liliana:* A mi esposo Sergio, quien acompañó y apoyó todo mi proceso de formación con amor y entusiasmo, alentándome cuando creí que no podría lograrlo.

A mis hijos Emiliano, Jesús, Facundo y Benjamín por regalarme su valiosa paciencia y amor incondicional en los peores días.

A mi amiga Ana María Tello, por su ayuda y consejos útiles en todo momento.

A mis padres, por inculcarme la idea de ser alguien en esta vida, a pesar de las adversidades que se me presenten en la vida.

A nuestra asesora metodológica, Lic. Estela Díaz por su dedicación, esfuerzo, respeto y cordialidad para marcarnos guiarlos y superar nuestros errores.

*Álvarez, Leticia Verónica:* Mis agradecimientos son a la Universidad Nacional de Córdoba, como institución pública de formación académica, destacada por su prestigiosa e innovación en los conocimientos científicos.

A la escuela de Enfermería y todo su personal docente, por hacer de la disciplina enfermera, una profesión destacada por el desarrollo de un saber crítico, científico y basado en la evidencia.

A las asesoras metodológicas: Lic. Díaz Estela y Lic. Soria Valeria, por su dedicación docente.

## INDICE

<b>PROLOGO</b>	6
<b>CAPITULO 1</b>	7
Planteo del Problema	8
Antecedentes de Investigación	13
Definición del Problema	19
Justificación	19
Marco Teórico	21
Definición Conceptual de la Variable	36
Objetivos	38
<b>CAPITULO 2</b>	39
Tipo de Estudio	40
Operacionalización de la Variable	40
Población y Muestra	42
Técnica e Instrumento de Recolección de Datos	45
Prueba Piloto del Instrumento	45
Plan de recolección de Datos	46
Procesamiento de Datos	48
Análisis y Presentación de los Datos	48
Cronograma	56
Presupuesto	57
Referencias bibliográficas	58
<b>ANEXOS</b>	62
Anexo N°1: Nota de Autorización	63
Anexo N°2: Nota de Autorización	64
Anexo N°3: Consentimiento Informado	65
Anexo N°4: Instrumento	66
Anexo N°5: Tabla Matriz Parte I	70

Anexo N°7: Tabla Matriz Parte III	72
Anexo N°8: Tabla Matriz Parte IV	73
Anexo N°9: Nota de Autorización	75

## PRÓLOGO

La salud mental de las personas, es un aspecto esencial a la hora de abordar el individuo desde una mirada holística, es decir, su estado físico, psicológico, inmerso en una familia, en grupos sociales de pertenencia que a su vez forman parte integrante de una comunidad.

Sin embargo, por décadas esta forma de visibilización del ser humano en cuanto al abordaje del proceso salud-enfermedad, no se ha desarrollado de esta manera, por el contrario, los pacientes con enfermedades mentales han sufrido cosificación en sus cuidados, sus tratamientos, prevaleciendo esta situación en las instituciones psiquiátricas de carácter monovalente.

La ausencia de reconocimiento de sus derechos humanos, como sujetos de derecho a la hora de ser asistidos por parte de todo el complejo sistema de salud institucional, marco un modelo de atención, un paradigma sostenido en lo asistencial-custodial, desde una hegemonía médica y con ausencia de recuperación, no pudiendo estos pacientes reinsertarse en sus ámbitos familiares, laborales y sociales, quedando en situación de cronicidad en las instituciones psiquiátricas.

Frente a ésta problemática planteada en toda la República Argentina y a casi diez años de haberse sancionado la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657, la cual reconoce desde un marco jurídico los derechos humanos de los pacientes con sufrimiento mental y una serie de aspectos relacionados con un modelo de cuidado comunitario que propone la promoción, prevención, rehabilitación, desmanicomialización e inclusión.

En consonancia con lo expuesto, se diseñó el presente proyecto con el objetivo de conocer el posicionamiento que tienen los enfermeros en el marco de la implementación de dicha ley, desde un enfoque de derechos; estructurándose en cuanto a su contenido de la siguiente manera:

**Capítulo 1:** contiene el planteamiento del problema, antecedentes de investigaciones previas, el objeto de estudio, la justificación de su elección, el marco teórico, descripción conceptual de la variable en estudio y los objetivos del proyecto.

**Capítulo 2:** contiene el diseño metodológico, donde se desarrolla operacionalización de la variable en estudio, tipo de estudio, población y muestra, recolección, procesamiento, presentación y análisis de datos, cronograma de actividades y presupuesto.

Finalizando el presente trabajo, se encuentran las referencias bibliográficas y los anexos correspondientes.

# **CAPITULO 1**

## ***“El Problema de Investigación “***

## Planteo del Problema

El proceso salud-enfermedad que se produce en las personas con padecimientos mentales no ha sido abordado de igual manera a lo largo de la historia. Las enfermedades mentales están caracterizadas por diferentes formas de visibilización y catalogación. Mendoza Loor y otros (2019) consideraron que las personas con discapacidad mental y/o psicosocial, han sido históricamente sujetos de discriminación y sus derechos han sido vulnerados en los ámbitos jurídicos, social, personal y familiar. Fueron excluidos socialmente y victimizados, los tradicionalmente llamados enfermos mentales posteriormente reconocidos como personas con sufrimiento mental (p.2).

“La Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud indicaron que, los trastornos mentales están dentro de las cinco primeras causas de enfermedad en Latinoamérica; siendo el consumo de alcohol y la depresión las más frecuentes” (Mendoza Loor y otros, 2019, p. 2).

Cabanyes y Monje (2017) sostuvieron que las enfermedades mentales constituyen uno de los grupos de trastornos más frecuentes y con mayor impacto negativo sobre la calidad de vida del ser humano. Refirieron que una de cada tres personas sufre o ha sufrido algún tipo de trastorno psiquiátrico en el último año. Las patologías psiquiátricas, con la depresión a la cabeza escalan cada vez puntos más altos en los listados confeccionados por la Organización Mundial de la Salud de enfermedades que generaron más discapacidad y mayores costos, por ejemplo, los costos intangibles como el sufrimiento del paciente y su familia (p.1).

López (2018) afirmó:

... indiscutiblemente la salud mental existe, pero tiene poco que ver con lo mental y muy poco con la salud. Tiene relación con el otro, y con el silencio. La salud mental es lo que asegura el silencio del otro, así como la salud es el silencio de los órganos (...). Situando esto diciendo que la salud mental es ante todo una cuestión de orden público (p. 91).

Stagnaro y otros (2018) realizaron un estudio epidemiológico de salud mental en la población general de la República Argentina, en el marco de la iniciativa de la encuesta mundial de salud mental (world Mental Health Survey Initiative-OMS/Harvard) en colaboración con la facultad de medicina de la universidad de Buenos Aires y la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA) con financiamiento del ministerio de salud. La metodología que utilizaron fue una encuesta semiestructurada probabilística, desarrollaron la entrevista diagnóstica de intervención compuesta (Composite Internacional Diagnostica Interview) (CIDI).



Los autores detallaron que la encuesta se practicó a 3927 personas mayores de 18 años de edad y mayores (sin límite de edad), con residencia fija en una de las 8 áreas urbanas más grandes del país (Buenos Aires, Córdoba, Corrientes-Resistencia, Mendoza, Neuquén, Rosario, Salta y Tucumán). Representativas de aproximadamente un 50.1% de los adultos residentes en el país. La tasa de respuesta fue de 77% y arrojó los siguientes resultados: la prevalencia de vida de cualquier trastorno mental en la población en general de la República Argentina en mayores de 18 años fue de 29.1% y el riesgo proyectado de vida hasta los 75 años de edad fue de un 37.1%. Los trastornos con prevalencia de vida más elevados fueron: trastorno depresivo mayor (8,7%), el trastorno por abuso de alcohol (8,1%) y la fobia específica (6,8%). Los trastornos de ansiedad fueron el grupo de mayor prevalencia (16.4%), seguidos por los trastornos del estado de ánimo (12,3%), los trastornos por consumo de sustancias (10,4%) y los trastornos del control de los impulsos (2,5%). La prevalencia en los últimos doce meses de cualquier trastorno mental fue del (14,8%), de los cuales un cuarto de esos trastornos fue considerado severo. El 11,6% recibió tratamiento en los 12 meses previos y solo lo recibieron el 30,2% de aquellos que padecían un trastorno severo. Según los autores los resultados arrojan datos imprescindibles para la planificación e implementación sanitaria y la formación del recurso humano en salud mental (p. 275-299).

Se evidencia que la atención en salud mental está centralizada en instituciones de salud públicas o privadas especializadas en dichas patologías, en el marco de este aspecto y sumando el abordaje de los derechos humanos en los pacientes con padecimiento mentales, el 25 de noviembre del año 2010 en la sala de sesiones del Congreso Argentino, en la ciudad de Buenos Aires, se promulgó la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, publicada en el boletín oficial N° 32.041, el 3 de diciembre del año 2010.

López (2018) analizó la ley y consideró que se introduce un cambio de paradigma en la concepción de la salud mental, expresando un enfoque de derechos, es decir, el discurso de los derechos humanos ha quedado plasmado en estas leyes, sustentando el espíritu de estas normas quedando la salud mental definida en términos de: un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social, vinculado a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona.

Es decir, se introdujo una concepción integral de la salud mental que no se reduce al campo médico psiquiátrico, sino que agrega la dimensión social y cultural haciendo lugar al campo de los derechos (p. 92).

En otras palabras, se comienza así con una etapa de cambios, revisión y concepciones de prácticas que hasta nuestros días han sostenido la atención de las personas con sufrimiento mental.

Seguidamente se describen los aspectos más relevantes de la ley tomando el capítulo V y el capítulo VII para sintetizar.

A) Modalidad de abordaje: se define el carácter interdisciplinario del equipo de salud, la orientación comunitaria, el trabajo intersectorial y el requerimiento del consentimiento informado para la atención de los pacientes (Capítulo V).

B) Internaciones: se establecen los requisitos que deben cumplir las mismas en materia de consentimiento expreso del paciente, condiciones para el alta, dictámenes de los profesionales que deben participar en la decisión de internar, rol de la justicia, periodicidad de los informes a cargo de las instituciones asistenciales, prohibición de la creación de nuevos manicomios y la sustitución de los ya existentes, efectuándose, como consecuencia, las internaciones en hospitales generales (Capítulo VII).

También la ley en forma expresa, define aquellos derechos humanos que deben ser reconocidos en el tratamiento de las personas con algún trastorno mental y los describe en el Capítulo IV, Art 7, que a continuación se detallan:

Derecho a:

- ✓ Recibir atención sanitaria, social, integral y humanizada, basada en fundamentos científicos como en principios éticos; con acceso gratuito, igualitario y equitativo a las prestaciones e insumos necesarios, para lograr el objetivo de asegurar la recuperación y preservación de su salud.
- ✓ Conocer y preservar su identidad, sus grupos de pertenencia, su genealogía y su historia.
- ✓ A estar acompañado antes, durante y luego del tratamiento por sus familiares u otros afectos a quien la persona designe.
- ✓ Recibir o rechazar asistencia o auxilio espiritual o religioso.
- ✓ Su abogado, un familiar o allegado que el paciente designe, puede acceder a sus antecedentes familiares, fichas e historias clínicas.
- ✓ No ser identificado, ni discriminado por un padecimiento mental actual o pasado
- ✓ Recibir un tratamiento personalizado en un ambiente apto con resguardo de su intimidad, respetando su vida privada y libertad de comunicación, no ser

objeto de investigaciones clínicas ni tratamientos experimentales sin su consentimiento y que su estado no sea considerado inmodificable.

- ✓ No ser sometido a trabajos forzados o bien recibir una justa compensación por su tarea en caso de participar de actividades como laborterapia o trabajos comunitarios que impliquen producción de objetos que luego sean comercializados.

Por consiguiente, se procederá a detallar el abordaje institucional de las enfermedades mentales en la ciudad de Córdoba, Argentina. La ciudad cuenta con la Dirección de Salud Mental conformada por quince equipos interdisciplinarios, catorce de ellos ubicados en barrios periféricos de la Ciudad de Córdoba y uno en la localidad de Unquillo. Concentra a cincuenta y dos profesionales entre ellos: psiquiatras, psicólogos/as, trabajadores/as sociales, enfermeros/as, psicomotricistas y psicopedagogos/os.

En igual sentido existen veintiún CAPS, que son Centros de Atención Primaria de la Salud y los mismos realizan actividades de promoción y prevención de la salud mental a cargo de psicólogos y psicopedagogas.

Finalmente, la provincia de Córdoba posee hospitales provinciales de carácter monovalente con atención en patologías psiquiátricas ellos son: El Instituto Provincial de Alcoholismo y Drogadicción (IPAD), el Centro Psico Asistencial (CPA), el Hospital Santa María de Punilla, el Hospital Colonia Emilio Vidal Aval de Oliva y el Hospital de Bell Ville.

En el marco del desarrollo de este proyecto de investigación se tomará como institución de salud mental referente, el Hospital Colonia Emilio Vidal Aval de la localidad de Oliva, ubicado en el departamento tercero arriba, a 90 km de la ciudad de Córdoba, Argentina.

Este hospital fue inaugurado en 1914 y llegó a tener cinco mil pacientes y 1.800 empleados en las décadas de 1950 - 1960. Era el principal centro de salud mental de la provincia de atención monovalente, prestando asistencia a pacientes mayores de 18 años de edad con padecimientos mentales, tanto en forma ambulatoria como en internación, en las fases agudas y crónicas de dichas patologías. Ésta institución cuenta con un servicio de atención ambulatoria y de internación de pacientes con adicciones al alcohol y otras sustancias psicotrópicas, como así también a pacientes gerontopsiquiátricos. Actualmente es referente de la Zona "C" de Integración Sanitaria de Salud Mental que comprende los departamentos de Río Segundo, Tercero Arriba, San Martín y parte de los Departamentos Calamuchita y Santa María.

En la actualidad este nosocomio ha comenzado un proceso de transformación, iniciado en el año 2016. Una de las características de esta transformación es la

disminución en la cantidad de pacientes internados en la institución. Tras un trabajo interdisciplinario los pacientes de mediana y larga permanencia en la institución, los llamados “crónicos” fueron reubicados. Algunos volvieron a sus ámbitos familiares, después de largos períodos de desvinculación con los mismos, en otros casos al no tener ningún lugar donde puedan ser recibidos para poder continuar su tratamiento y ante la ausencia de familiares o representantes legales, están siendo ubicados en las llamadas casas de medio camino que están ubicadas dentro de la Ciudad de Oliva.

Según el Ministerio de Salud Provincial (2019), en el año 2016 hubo 251 egresos de pacientes, entre el año 2017 y 2018 se produjeron 855 egresos y en el transcurso año 2019, 240 pacientes también fueron dados de alta.

Esta reforma trajo aparejado el cierre de servicios y la remodelación de pabellones para la creación de una nueva unidad asistencial llamada villa N° 520, la cual tiene la finalidad de alojar los 245 pacientes que continúan internados en la colonia. De los 4 pabellones en uso, dos fueron recientemente remodelados: la Villa 26 y la villa 8, esta última adaptada para situación de prealta.

Acerca de la información obtenida, se observa:

- En cuanto al recurso humano de enfermería, el mismo se ha mantenido en cantidad, si, con la consecuente reestructuración se han efectuados traslados a otras instituciones de salud, además de cambios de servicios del personal de enfermería dentro del hospital utilizando la mayor cantidad de agentes en la cobertura de la nueva villa 520, se observa también que no hay proyección de ingresar nuevos enfermeros a la institución.
- El cuidado enfermero se observa que esta delineado desde el Modelo Médico Hegemónico es decir de carácter organicista-biologicista de la enfermedad mental donde este cuidado de enfermería es asistencial-custodial, cubriendo sus necesidades básicas con ausencia de promoción y prevención de la salud mental. También se presentan relaciones de asimetría en el vínculo enfermero-paciente donde al paciente se le provee de cigarrillos y yerba como instrumentos de negociación de buenas conductas por parte de los enfermeros hacia los pacientes, entonces se podría suponer que no se establecería una transferencia terapéutica.
- Otras características detectadas en relación al cuidado de enfermería y que de alguna manera evidenciaría el modelo asistencial custodial es por ejemplo en las acciones de asistencia del personal de enfermería : el baño general de los pacientes, el mismo se realiza día por medio en invierno y en verano en forma automática y grupal, si la autonomía del paciente lo permite; medicalización del sufrimiento con la asistencia del paciente en crisis, se implementa además de la medicación, la sujeción mecánica de

pies y manos en cama según grado de excitación psicomotriz que presente el paciente y como último recurso la utilización de la sala de contención que si bien ya están en un proceso de eliminación de las mismas todavía algunas persisten, en la cual el paciente solo está provisto de un colchón en el piso y permanece a veces desnudo, desprovisto de todo elemento con el que consideran podría autolesionarse y por último el cumplimiento de las normas de la institución a través de la ejecución de un patrón lineal funcional de cuidado, indistintamente al tipo de patología que se aborde, basado en un protocolo de trabajo que consiste en la valoración conductual del paciente, esta valoración conductual está determinada por dos aspectos que se evidencian claramente: la vigilancia y el control por parte del personal de enfermería.

En relación con lo expuesto anteriormente surgen los siguientes interrogantes con respecto al rol del personal de enfermería frente al paradigma vigente de atención a pacientes psiquiátricos y el nuevo modelo de atención que propone la nueva ley en salud mental, los interrogantes son:

- ¿Por qué el cuidado es asistencial-custodial y a qué modelo teórico responde?
- ¿Qué se hace en la prevención?
- ¿Existe vulneración de derechos al ejercer el cuidado enfermero en dicha institución?

### **Antecedentes de Investigación**

Buscando responder los interrogantes planteados se recurre a los aportes que nos brindan los antecedentes bibliográficos.

¿Por qué el cuidado es asistencial-custodial y a qué modelo teórico responde?

Sacristán (2017) a través de su artículo, cuestiono el binomio que asociaba la cronicidad y la incurabilidad de las enfermedades mentales con el custodialismo del manicomio mediante un estudio de caso en el hospicio La Castañeda de México entre los años 1910-1968. Se contrastaron los discursos sobre la cura y la cronicidad que elaboraron los psiquiatras mexicanos y las tendencias estadísticas de los pacientes ingresados: nuevas admisiones, reingresos, altas, duración de la internación y diagnósticos a la luz de los nuevos tratamientos. El autor concluyo que la función terapéutica del manicomio se vio muy golpeada por la cronicidad y la superpoblación, pero según las estadísticas, el 80% de los pacientes solo tuvo un ingreso con una internación de 15 meses y las largas internaciones, de los que reingresaron no impactaron estadísticamente y así es desde los años 80 en el contexto de las nuevas terapéuticas (p.193).

Pierri (2017), presento una tesis que busco promover una mirada crítica acerca de los procesos de internación y muerte en los espacios manicomiales y sobre

las tensiones en la implementación de las políticas públicas en salud mental. Consistió en un estudio de casos que describió y caracterizó las particularidades que adquirieron los recorridos de internación de las mujeres fallecidas en el periodo 1957-1971, en el asilo de Lomas, actual hospital inter zonal J.A, Estévez. La selección de dicho periodo obedece a que en esos 15 años fallecieron la mitad de las personas internadas allí. Asimismo, se efectuó un relevamiento bibliográfico y se construyó una base de datos con 372 historias clínicas a partir de la cual se elaboró un perfil socio epidemiológico de las mujeres fallecidas. Se reconstruyeron 8 recorridos de internación y se los puso en relación con la historia del hospital, las discusiones en salud mental, las políticas en salud mental y el contexto económico político de la época en Argentina. Como resultado la autora destacó la cantidad de registros de procedimientos clínicos que surgieron de condiciones de higiene y cuidado clínico deficientes con los internados (p. 7).

Herrera (2017) la autora publicó un artículo, que reflexiona en torno al alienismo del manicomio y la psiquiatría en Medellín. Hizo un breve recorrido por la historia de Europa y su influencia en Colombia, identificó el tratamiento que se hizo a la locura en la edad media arribando con gran fuerza y desconocimiento a una modernidad ávida de orden y cambio, no congruente con la evolución del tratamiento de la locura (pp. 60-82).

Candela y Villasante (2017) publicaron un artículo, en el marco del proyecto de investigación "psiquiatría y cambio social en España" (1960-1968); donde describieron que a pesar que desde el siglo XIII, surgieron en Europa las críticas y los debates sobre la convivencia de enfermeros mentales y delincuentes sanos, a lo largo del siglo XIX no se crearon instituciones específicas en España. En el manicomio nacional de Leganés, ingresaron pacientes procesados desde su inauguración en 1852. La mayoría de ellos, tras la publicación del Real decreto del 15 de mayo de 1885. El objetivo de la presentación de la investigación según refirieron los autores fue estudiar la población penalizada pendiente o procesada hospitalizada en una institución de carácter estatal, durante los primeros 100 años del establecimiento. Revisaron historias clínicas de todos los sujetos con causas penales ingresados entre 1852 y 1952, realizando análisis de variables sociodemográficas y clínicas-terapéuticas con el paquete estadístico SPSS V2, y estudiaron cuestiones de carácter administrativo, judicial. Observaron que durante el primer siglo de existencia del manicomio fueron internados poco más de un centenar de enfermos con causas penales pendientes ( 3.6% total de los pacientes) casi la mitad entre 1886 y 1896, generando problemas de carácter organizativo, asistencial, y económico en el hospital; reabrieron un viejo debate judicial sobre el internado de pacientes procesados, que en cuanto a su asistencia no se diferenció del paciente psiquiátrico sin causa penal, y todos destinados a la cronicidad (pp.163-187).

Venancio y Saiol (2017), estos autores analizaron la forma en que la prensa de la capital Republicana difundió informaciones durante la primera década del siglo XX, contribuyendo a la formación de opiniones, acerca del hospicio Nacional de Alienados (HNA) primera institución psiquiátrica brasileña que abrió sus puertas en la ciudad de Rio de Janeiro en 1852. Para la investigación analizaron las noticias de dos diarios: O País y Correioda Manha. Siguiendo la historiografía brasileña más reciente, como la referente a la historia de la psiquiatría con el objeto de relativizar la relevancia otorgada a la psiquiatría y al manicomio en el rol de ambos de control social. En los dos periódicos el conjunto de menciones sobre el Hospital Nacional de Alienados (HNA), los autores determinaron que se puso en juego tres puntos de vista: los dos primeros se centraron en la descripción y el retrato de la vida institucional en sus diferentes aspectos (administrativo, asistencial-custodial y científico), y el tercer punto de vista analizó aquellas situaciones en el que el hospicio se contempló como una solución para acontecimientos que perturbaban la vida de la ciudad (p.190).

¿Qué se hace en la prevención?

Campos y Novella (2017) en el marco de un proyecto de investigación, estudiaron las bases ideológicas de la higiene mental, entendida como higiene racial y moral durante el primer franquismo y su evolución hasta 1960. En primer lugar, analizaron la conceptualización de la higiene mental en la década de 1940 y su papel como instrumento para legitimar la dictadura, mostrando implicancias del catolicismo ortodoxo y sus vinculaciones con la higiene racial y moral. En segundo lugar, estudiaron la transformación de la higiene mental durante la década de 1950 hacia una mayor tecnificación y vinculación con las corrientes más modernas de la psiquiatría contemporánea, no abandonaron el sustrato ideológico del catolicismo. El trabajo se centró en el análisis de la higiene mental durante el primer Franquismo con los principios políticos de la dictadura. Durante la década de 1940 se dictaminó un disenso duro que consideró la higiene mental como un instrumento para educar moral y espiritualmente al pueblo español. En los principios políticos del nuevo estado la idea fue patologizar a la disidencia política y purificar ideológicamente al pueblo, con la derrota del fascismo en la segunda guerra mundial, se inició un proyecto autoritario de modernización en un contexto internacional ya dirigido hacia la salud mental (p. 65-87)

Charry y otros (2020), describieron que la salud mental es un componente integral que incide de manera importante en el ser humano, la cual está mediada por factores culturales, sociales, económicos y biológicos resultando así ser una temática prioritaria, la cual convoca a la psicología a plantear estrategias y soluciones que mitiguen los factores de riesgo producidos dentro del contexto socio cultural en el cual se desenvuelven los actores. El gobierno colombiano generó intervenciones para tratar la salud mental, sin embargo, los autores

consideraron que dichas acciones tenían aspectos a mejorar ya que le faltaba desligarse del enfoque biologicista, reduccionista, lo cual se evidencio en la forma en la que fue definida he intervenida. Es por esto que propusieron diseñar un programa de prevención Ruta Participativa, basado en el modelo comunitario que respondió a la necesidad de la comunidad, siendo el resultado del trabajo de dos años realizado en la misma. La perspectiva comunitaria de la salud también dio cuenta de los aspectos relevantes que debían abordarse, junto a las estrategias idóneas para tratarlas, los recursos, necesidades y factores que influían en ella. Es por ello que la construcción de un programa de prevención basado en la subjetividad y necesidades identificadas de salud mental de los actores de la fundación, resulto ser fructífero pues fue la comunidad quien mejor se conocía, por lo cual plantearon el diseño, programa de prevención desde el modelo comunitario que respondió a las necesidades de la población de la fundación ubicada en Vella Vista de la localidad Kennedy en Bogotá D.C., bajo investigación y acción participativa (p. 8).

Riva Roure y otros (2019) explicaron los logros y limitaciones en el trabajo desarrollado durante 20 años por el Programa de Rehabilitación y Externación Asistida (PREA) del Hospital José A. Esteves, del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. La complejidad de las problemáticas que abordo el PREA exigió respuestas en múltiples sentidos que involucraron a trabajadores de los equipos, a mujeres en proceso de externación y a la comunidad en general. El programa tuvo como objetivo promover y sostener la externación de las pacientes internadas en el Hospital José A. Esteves de la Provincia de Buenos Aires, que carecían de sostén familiar y económico, organizando redes asistenciales y sociales que actuaron como soporte de este proceso (pp. 71-78).

Geffner y Agrest (2019) respaldaron el Programa GENERA de intervención sistematizada y protocolizada, diseñado en el año 2014 en el Proyecto Suma, ONG de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, que brindo asistencia y tratamiento a personas con padecimiento mental grave. Este nuevo dispositivo estuvo dirigido a usuarios de servicios de salud mental y planteo el abordaje del padecimiento mental desde una perspectiva social, complemento de los abordajes psiquiátricos y psicológicos. Busco aportar la construcción de recursos y herramientas que favorecieron la inclusión social de personas con trastornos mentales graves en proceso de rehabilitación psicosocial (p.117-119).

Basualdo y otros (2019) presentaron un trabajo de sistematización de 13 años de realización en el Colectivo Crisálida, fue un dispositivo artístico, educativo y comunitario, enmarcado como proyecto de extensión de la Universidad Nacional de Mar del Plata, dirigido a personas con padecimiento psíquico y en situación de vulnerabilidad social, económica y familiar. Presento distintos ejes que resultaron pilares del dispositivo: la dinámica del funcionamiento hacia el interior



del equipo, priorizaron la construcción de vínculos intersubjetivos, el despliegue del trabajo en el campo de los lenguajes artísticos combinados, el desarrollo de la cooperativa en arte, la escolarización secundaria y el enfoque comunitario (p.127-135).

¿Existe vulneración de derechos al ejercer el cuidado enfermero en las instituciones psiquiátricas?

Díaz y otros (2018), en este proyecto de investigación que fue elaborado por los autores y denominado “Salud Mental en Hospitales Generales de la Ciudad De Rosario del Gran Rosario, Argentina”, se analizó que a ocho años de la sanción de la ley nacional de salud mental nº 26657, se consideró necesario construir espacios de debate en torno a las potencialidades y desafíos de su implementación en la práctica. La investigación abordó las prácticas de salud mental en los hospitales públicos generales de la ciudad de Rosario y del gran Rosario, Argentina. Desde la perspectiva de los trabajadores a través de un enfoque cualitativo/ exploratorio/descriptivo; realizaron entrevistas semiestructuradas a 23 trabajadores de la salud mental (psiquiatras, psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales y acompañantes terapéuticos). El análisis de los resultados les permitió establecer que la sanción de la ley legítima y fortaleció concepciones y prácticas ya existentes. También analizaron limitaciones políticas, de gestión, edilicias, deformación y cantidad de recurso humano que, sumados a los escasos de los dispositivos sustitutivos de los hospitales psiquiátricos, pudieron concluir en la importancia de un plan de salud mental con recursos, objetivos y lineamientos claros que puedan posibilitar el cambio de paradigma en la atención (pp. 255-262).

Los individuos con padecimiento mental son calificados incapaces, por sus propias familias, los prestadores de la salud y por la sociedad, que aún no puede salir del esquema binario del “loco” como “demente/incapaz”, instalado durante años, que sigue teniendo como contra cara, la exclusión provocando que las nuevas herramientas que proponen los instrumentos legales, no se establezcan aun en elementos que permitan mejorar la calidad de vida de estos seres sufrientes (Petrella, 2018, p.16).

Kirk y otros (citado por Inchauspe e Izaguirre 2017) sostenían que el vínculo entre la asistencia en salud mental y la coerción existen desde un principio, incluso cuando a nivel embrionario el campo carecía de los conceptos y de las prácticas actuales (p. 26).

Inchauspe e Izaguirre (2017) afirmaron que nuestras sociedades proporcionan espacios y recursos para la formación de profesionales en salud mental y para que estos aborden los problemas del sufrimiento psíquico y los comportamientos asociados al mismo. Se desea que los profesionales ayuden a las personas en

esas condiciones de malestar y la sensibilización social al respecto es suficiente para que numerosas personas se acerquen a este campo atraídas por motivos diversos, como el conocimiento o el deseo de ayudar. Rara vez su vocación apunta a actuar como agente coercitivo para restringir la locura y forzar el saneamiento de las personas (p. 25).

Luego de haber analizado cada uno de los antecedentes de investigación, se concluye:

-El cuidado asistencial/ custodial estaría determinado por la persistencia del modelo de atención establecido con anterioridad a la implementación de la nueva ley coexistiendo la predisposición a la “adaptación” de los manicomios en términos de “modernización” o “ampliación” y no con miras a su “sustitución definitiva”.

-El modelo teórico brindado está centrado en atención de la enfermedad y no en la construcción de la salud, sus prácticas institucionales están potentemente subyugadas por el Modelo Profesional Hegemónico, biologicista, reduccionista que expresa la exclusión de la ideología de conformación de equipos de salud interdisciplinarios que aborden la problemática salud enfermedad mental.

-En Hospitales Generales implementaron diferentes estrategias y herramientas que posibilitaron la oposición de otros/as trabajadores/as en la atención de la Salud Mental, incluso años antes de la sanción de la nueva ley.

- Se encontraron antecedentes de programas preventivos de acción comunitaria como, por ejemplo: Programa de prevención Ruta Participativa basado en un modelo comunitario, el programa de rehabilitación y externación asistida (PREA), el programa GENERA de intervención sistematizada y protocolizada y El colectivo CRISALIDA como dispositivo artístico, educativo y comunitario. Los cuales abordan distintos ejes, el social, el laboral, el biológico, el económico, lo recreativo como modos de inserción a la comunidad, pero también prevención de un daño mayor en aquel que no padece una patología severa.
- En cuanto a la vulneración de derechos al ejercer las prácticas en las instituciones psiquiátricas, se encuentran estudios que generalizan dichas prácticas partiendo de lineamientos institucionales que repercuten en todos los profesionales de la salud mental que asisten en los hospitales psiquiátricos, pero no se detallan acciones referentes al cuidado específico de enfermería, por lo cual las prácticas que se implementan por parte del personal de enfermería, en un contexto de reformas institucionales, en un intento de adecuación a la nueva ley con el reconocimiento de los derechos humanos de las personas con padecimientos mentales, no encontramos conocimiento científico que

fundamenten estas prácticas de enfermería, por lo tanto el proyecto tendrá como eje central investigar este problema de conocimiento que fundamenta las prácticas asistenciales de enfermería que se ejercen en el hospital colonia Emilio Vidal Aval, cuáles son sus posicionamientos y percepciones para la realización de sus prácticas ante la implementación de la ley 26.657.

### **Definición del Problema**

Teniendo en cuenta la revisión de antecedentes de investigación y los datos observados de la realidad surge la siguiente definición del problema:

**¿Qué posicionamiento tiene enfermería ante la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, desde un enfoque de derechos del paciente, en el Hospital Dr. Emilio Vidal Aval de la Ciudad de Oliva, en el período de agosto a diciembre del 2021?**

### **Justificación**

Al decidir investigar cual es el posicionamiento de enfermería ante la implementación de la nueva ley de salud mental n° 26.657, desde un enfoque de derechos humanos del paciente , nos parece conveniente estudiar esta problemática , porque la institución seleccionada para el estudio la cual es el hospital colonia Emilio Vidal Aval de Oliva actualmente atraviesa una transformación que se caracteriza por varios aspectos: la remodelación de casi la totalidad de su infraestructura reduciendo los espacios de la institución que genera el cierre de servicios, la disminución notoria de la cantidad de pacientes internados, y masiva cantidad de altas hospitalarias. A pesar de todas estas características de cambio se observa la persistencia de un modelo de cuidado

del paciente por parte del equipo de salud y en especial de enfermería enfocado en el control y la vigilancia, carente de el reconocimiento de acciones preventivas de salud, rehabilitación e inserción en la comunidad para aquellos pacientes que por su deterioro físico y cognitivo producto de su cronicidad en el hospital deben permanecer internados en los hospitales, este modelo no sería congruente con lo que propone la nueva ley.

El para que, de este estudio, está fundamentado en las siguientes características:

- ✓ relevancia social: generaría una amplitud y un esclarecimiento de información, que muchas veces las leyes jurídicas que se implementan parecen arraigadas a una estructura de difícil acceso en el entendimiento de las mismas para la ciudadanía en general, y primordialmente para los pacientes, sus familiares y todo el equipo de salud, el cual se verá directamente afectado por la misma. Desglosar una ley que propone un cambio rotundo de visión, posicionamiento, de modificación de las prácticas de cuidado, proponiendo también la visibilización del paciente como sujeto de derecho, indefectiblemente requerirá una comunicación adecuada que logre una proyección social fructífera.
- ✓ El desarrollo de la disciplina enfermera, se verá afectada positivamente mediante el conocimiento exhaustivo de las normativas jurídicas vigentes, un cambio de paradigma con implicancias prácticas, debiendo existir coherencia, respetando los derechos del paciente, en cada uno de los aspectos que propone la ley, con el proceso de desmanicomialización y creación de casas comunitarias, como nueva visión de tratamiento desde la promoción y prevención de la salud. En la medida en que enfermería avance en la comprensión de este fenómeno, se estará en condiciones de llenar algún vacío de conocimiento en cuanto a las prácticas de cuidado, para así poder elaborar nuevas estrategias, contribuyendo al desarrollo profesional, generando una motivación y una necesidad de revisar lo hasta ahora implementado, también es una invitación para reformular currículas en la formación de profesionales especializados en Salud Mental, preparados para trabajar interdisciplinariamente e intersectorialmente, en el espacio comunitario y desde un enfoque de absoluto respeto a los derechos humanos. Desde ahora las personas con padecimiento mental podrán abordar su problemática de crisis en un hospital general y luego continuará su tratamiento en forma ambulatoria, donde el personal de enfermería deberá acompañar ese proceso de inserción en la comunidad.
- ✓ La persona y su familia: El estudio permitirá a través de sus resultados, visibilizar la relación paciente con padecimiento mental y su familia,

favoreciendo la revinculación del paciente también con sus allegados, vecinos, conocidos, el ámbito laboral, el acceso a su historia, quizás ya olvidada y su origen.

### **Marco Teórico**

La variable de estudio de este proyecto de investigación, es el posicionamiento ante un fenómeno que implica cambios de percepciones, estrategias y prácticas, sustentados por una herramienta jurídica. Entonces, hay múltiples referencias de autores que definen que es el posicionamiento.

Jiménez (2017) sostuvo aportaciones del posicionamiento desde el paradigma de la complejidad. Dentro del debate epistemológico actual y su aplicación a la cuestión del método en la psicología social, lo representa con una descripción más ajustada de los procesos psicosociales. La autora parte de la consideración de que la realidad es constitutivamente compleja en sus manifestaciones, las propiedades en sus diversas facetas físicas, psíquicas y sociales, así como las interrelaciones e interconexiones de los constituyentes psicológicos, sociales,

biológicos, económicos, políticos, culturales y ecológicos, siguen una nueva manera de abordar su análisis integral acorde a los planteamientos de las orientaciones emergentes en psicología social. Resalto la necesidad de evitar la habitual simplificación en la que habitualmente se incurre. La autora definió una metodología compleja, dinámica y no lineal adaptada a la variabilidad del objeto de estudio, desde una base transdisciplinaria, plural, crítica e integradora (pp.12-22).

(Kotler y Armstrong, 2007) (Citado por Salinas, 2017) afirmaron: “Posicionamiento es la forma en la cual los consumidores definen el producto en lo que concierne a sus atributos importantes, el lugar que ocupa en la mente y en el corazón de los consumidores con respecto a la competencia” (p. 53).

Hay que destacar que el peso estratégico del posicionamiento viene en aumento desde los años '90, con respecto a su aplicación en todos los sectores, incluido el sanitario sea público o privado.

Meza (2018) analizo estrategias de posicionamiento, la variación del uso de estrategias de posicionamiento fue investigada a través de un estudio mixto, con un método inductivo-deductivo. Se analizó un corpus representativo, etiquetado con 2.956 estrategias; los resultados mostraron que en todas las áreas y grados de experticia se posiciono prioritariamente el aporte al conocimiento, luego las características de quien debe posicionarse y en último lugar las características del contexto (pp. 3-18).

Continuando con el desarrollo de la variable en estudio, se prosigue con el análisis de los estudios realizados por los diferentes autores.

Hernández y Urquiza (2017) plantearon nuevos posicionamientos en el campo de la salud colectiva. Para los autores la salud colectiva es ya un largo recorrido en América Latina, la misma ha tenido un desarrollo relevante en algunos países latinoamericanos e incluso actuó como estímulo para la reforma psiquiátrica en estos países, sin embargo se produce un encapsulamiento por la hegemonía de una epistemología medica que mientras logro imponer un modelo naturalizado de verdad, ha negado la posibilidad de que otros saberes disienten sobre aquello ya ordenado ( nosologías, protocolos, políticas, etc.) También reflexionan sobre el poder de la etnografía como forma de conocimiento y relación social en sí misma para ensanchar los espacios para una salud colectiva posible en un contexto donde aún es incipiente, por ejemplo: Europa. La idea es que el punto de vista etnográfico facilita repensar lo ya dado, creando permeabilidad en las prácticas ya sedimentadas y establecidas (pp. 267-278).

Suárez (2017) en su estudio sobre salud mental y desarrollo describe entre ambas una relación tan estrecha como ignorada. Ambas buscan potenciar las capacidades de los individuos para lograr un bienestar individual que se

desarrolle en la comunidad. La salud mental, ha sido sistemáticamente excluida de los planes de desarrollo. Los problemas de salud mental afectan a millones de personas en el mundo, quienes al no recibir un tratamiento adecuado y oportuno pueden desarrollar un trastorno. En tanto se cree que no es posible recuperarse de estas enfermedades, los recursos no están dirigidos a intervenir sobre ellas. En tanto la autora considero que si queremos que todos sean partícipes de las oportunidades de desarrollo es necesario un cambio estructural donde desaparezca el estigma frente a los trastornos mentales. Concluye que determina una forma de posicionar la salud mental y es que sea eje de los planes de desarrollo, aumentando la inversión en la promoción, la prevención e intervención de estas problemáticas para alcanzar un desarrollo equitativo y sostenible (pp. 246-254).

Cea, Madrid (2019) presenta un artículo donde plantea un posicionamiento crítico de las políticas públicas de salud mental en Chile y su concepción del enfoque comunitario, como expresión de un estado que no dialoga con la sociedad. A través de un proceso investigativo de carácter cualitativo y participativo, se describe como posicionamiento una mirada global sobre el reconocimiento, ejercicio y defensa de derechos en salud mental desde la perspectiva de los usuarios/as y el ex usuarios/as. El autor concluye que el protagonismo de estos actores sociales constituye un aspecto central para la distribución del poder y la recuperación de derechos de ciudadanía. Finalmente, las claves del proceso participativo permiten comprender el rol de la facilitación comunitaria y la investigación militante, hacia la reconstrucción de lazos asociativos y acciones colectivas en salud mental (p. 1502).

Otro punto importante es alcanzar el posicionamiento, para lo cual existen según algunos autores, formas o pasos a seguir: (Stanton, Etzel y Walker, 2007) (citado por Salinas 2017) buscaron definir un procedimiento para alcanzar posicionamiento a través de: segmentación objetiva del mercado; evaluación del interés de cada segmento; selección de un segmento objeto (o varios); identificación de las diversas posibilidades de posicionamiento para cada segmento escogido; selección y desarrollo de un concepto de posicionamiento (pp. 53-54).

(Mientras que Hernández y otros, 1994) (citado por Salinas 2017) establecieron dos métodos para la aplicación del proceso de posicionamiento que consisten en dos tipos, uno es el posicionamiento mediante adaptación, sucede cuando se posiciona el producto adaptando la ventaja diferencial que posee el mercado objetivo y el otro es el posicionamiento mediante la planificación, es cuando se estudian las características del producto o servicio que son importantes para el público objetivo (pp.54-55).

El posicionamiento como fenómeno de cambio, de percepciones y estrategias cargadas de subjetividad, por lo tanto, desde donde se debería pensar la práctica, desde que apoyaturas teóricas, metodológicas, éticas, se deberá sustentar el cuidado enfermero que adoptara una posición ante la implementación de la nueva ley, ya sea sostenido las viejas prácticas manicomillos o generando a través de la adquisición de nuevos conocimientos un nuevo modelo teórico de cuidado.

Como ya se expuso en el planteamiento del problema de investigación la variable en estudio que se determina, es el posicionamiento y dicha variable se contextualiza en relación a, la implementación de la nueva ley en salud mental desde un enfoque de derechos humanos de los pacientes. Por lo tanto, resulta necesario esclarecer a través de la teoría a que se refiere en relación a posicionarse desde un enfoque de derechos.

Gatti (2017) presento las bases conceptuales de los derechos humanos desde una teoría crítica. Los derechos humanos, como discurso de la dignidad humana, han sido históricamente identificados con la naturaleza humana y calificados como innatos, universales, imprescriptibles e inderogables. Sin embargo, las conquistas más sustanciosas de nuestros tiempos demuestran que solo desde una perspectiva crítica es posible desafiar a las estructuras teóricas, tradicionales y conservadoras. En efecto, resulta imperioso colocar el énfasis en los necesarios debates que deben librarse alrededor del concepto y los fundamentos de los derechos humanos incluso desde la propia óptica del sistema interamericano de protección (pp. 69-84).

En efecto, “la adopción de un enfoque de derechos humanos tiene como idea que las políticas e instituciones, cuya finalidad es impulsar estrategias de salud, se deben apoyar explícitamente en las normas y principios establecidos en los instrumentos internacionales sobre Derechos Humanos” (Abramovich, 2004) (citado por Ase, 2018, p. 250).

Ase (2018) sostiene que el enfoque de derechos en salud, se refiere a que éste, es un componente inalienable de la dignidad humana y se trata de un bien en sí mismo, que no requiere justificación; es decir, todas las personas por el hecho de existir, tienen derecho a la salud. Por consiguiente, los tratados internacionales brindan un marco normativo para que los diferentes actores locales y nacionales se articulen alrededor del proyecto de las estrategias de salud. De esta manera, los derechos humanos actúan como un programa que puede regir u orientar las políticas públicas de los Estados (pp. 250-251).

Para el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, el derecho a la salud está en concordancia con otros derechos ellos son: los económicos, sociales y culturales, la alimentación, el trabajo y un medio



ambiente sano; también está vinculado a derechos civiles como los políticos y las libertades fundamentales que son : el derecho a la vida, a la integridad personal, a no ser sometido a torturas o tratamientos inhumanos o degradantes (como experimentos médicos o intervenciones quirúrgicas no consensuadas), a la no discriminación, al debido proceso, a la libertad y a la protección judicial, entre otros.

Hay que destacar que la salud mental está íntimamente relacionada con factores sociales y políticas públicas que trascienden lo específico del campo. Argentina ha mejorado en la última década las condiciones sociales que inciden en la salud mental de la población.

Gómez Rúa y otros (2018) analizaron los estudios realizados sobre las personas con discapacidad desde los enfoques de derechos y capacidades, tuvieron en cuenta aspectos de interés de la salud pública como las desigualdades, la justicia social, los determinantes sociales y el bienestar de los colectivos. Realizaron una revisión narrativa de literatura, nacional e internacional sobre la discapacidad a partir de los enfoques de derechos y discapacidades. Concluyeron que los enfoques de derechos y capacidades presentan una relación dicotómica y no lineal, incluso respecto a la discapacidad se complementan entre ellos desde distintas esferas, especialmente para direccionar las barreras que existen entre las personas con discapacidades en los campos de la educación, el empleo y la salud (pp. 1-40).

Romero (2017) realizó una investigación sobre el estado de la salud mental pública en Argentina, desde la perspectiva de los derechos humanos, propuesto a partir de la ley 26.657. La perspectiva actual a nivel nacional como internacional acerca de lo mental en el campo de la salud, permitió reflexionar sobre situaciones de violación de los derechos humanos (en épocas de democracia), entendiendo que esta no siempre garantiza el efectivo cumplimiento por parte del estado, de sus obligaciones para con los ciudadanos, ya que es el mismo estado quien puede por acción, omisión o exclusión obstaculizar o impedir el disfrute de los derechos. En este sentido también la autora considera el derecho a la salud mental desde la mirada jurídica, reflexionando acerca de la dimensión y el efecto de lo legal en el efectivo cumplimiento de este derecho.

Por lo tanto, la reflexión rondara sobre las siguientes cuestiones: el derecho a la salud mental como tema de estado, los puntos esenciales de la ley 26.657 que obligan al gobierno argentino a garantizar el derecho a la salud mental, problematizar la nominación “salud mental” entendiendo a la misma como obstaculizadora de prácticas orientadas a la integración de los mental en la salud (p. 11).

En otras palabras, la Ley 26.657 incorpora el cumplimiento de ciertos Derechos Humanos que se encuentran en la Constitución Nacional por la suscripción a tratados internacionales en la materia y, por ende, resultan obligatorios para las provincias. En este sentido, la secretaría de Derechos Humanos ha desarrollado sus tareas específicas a través de distintas líneas de acción. Uno de sus objetivos apunta a la adecuación normativa del derecho interno con el derecho internacional, así como también a la revisión de las prácticas y reformas institucionales para consolidar una política pública en derechos humanos.

Ciertamente en Argentina, ya existía una forma, una mirada, un modelo de asistencia que fundamentaba de alguna manera la no visibilización de los derechos humanos del paciente con algún padecimiento en su salud mental, permaneciendo así internado en una institución psiquiátrica, asistido por el modelo asilar y de no reconocimiento de sus derechos humanos. Así lo fundamenta la teoría del panóptico de Michel Foucault.

Después de unos años (Foucault, 1975) (citado por Minenza Castellero, 2017), realiza su aporte al sistema de atención desarrollando la Teoría del Panóptico. Éste es en sí, una forma de estructura arquitectónica diseñada para cárceles y prisiones. Dicha estructura suponía una disposición circular de las celdas en torno a un punto central, sin comunicación entre ellas y pudiendo ser el recluso observado desde el exterior. En el centro de la estructura se alzaría una torre de vigilancia donde una única persona podía visualizar todas las celdas, siendo capaz de controlar el comportamiento de todos los reclusos. Éstos, sin embargo, no podían ser nunca conscientes de si eran vigilados o no, dados que dicha torre estaba construida de forma que desde fuera era vista como opaca (p. 4).

Minenza Castellero (2017) sostiene que, el poder busca actuar a través de la vigilancia, el control y la corrección del comportamiento de la ciudadanía; trasladado así a las instituciones de salud mental, clarifica el modelo de atención asilar tomado como un tipo de posicionamiento, el cual continúa arraigado en muchos lugares hasta la actualidad. Se dificulta así, la formación y acción de grupos divergentes con el orden establecido. El hecho de que la vigilancia sea invisible, es decir que las personas observadas no puedan determinar si están siendo observadas o no, hace que el comportamiento individual sea controlado incluso cuando no se vigila. Este modelo social hace que el individuo autogestione su comportamiento, dificultando la coordinación y fusión con el grupo en pos de mantener la conducta dentro de un rango establecido como correcto por el poder. El sujeto en posible observación intentará obedecer las normas impuestas con el fin de no ser sancionado, por ejemplo, un paciente que permanece un largo periodo de tiempo internado dentro de un hospital psiquiátrico (p. 6).

Ésta revisión histórica nos permite reconocer como se desprenden las concepciones de la locura instaladas a lo largo del tiempo. A finales del siglo pasado y en las primeras décadas del actual se comienza a reflexionar, impulsada por el naturalismo positivista y concepciones biologists, acerca de la naturaleza humana y los hospicios.

Romero (2017) afirma: ... “a partir de la reglamentación de la ley nacional de salud mental nº26.657, a comenzado a dar cuenta de la existencia del pasaje de un paradigma tutelar a un paradigma integral de derechos” (p. 2).

Romero (2017) también sostiene que este cambio de paradigma implica el derrotero por el que atraviesa y ha atravesado tanto la psicología como otras disciplinas afines en el abordaje de los padecimientos mentales puntualmente en el que han tenido que dar batalla frente al poder del modelo medico hegemónico, pero por sobre todo del aparato judicial que sustentaba un paradigma tutelar, fuertemente ligado desde lo teórico-práctico a un modo de pensar la salud mental, basado según la autora en la corriente criminalística positivista, que se encargaba de la vigilancia y criminalización de las prácticas en salud mental, criminalizando intervenciones, tratamientos y la asistencia dirigida a las personas vulnerables psíquicamente (pp. 2-3).

Por lo tanto, desde esta nueva normativa Romero (2017), afirma que ya no se hablara de sujetos tutelados, enfermos mentales, sujetos peligrosos u objetos de protección, sino de: sujeto de derecho, usuario de servicios de salud mental y fundamentalmente, sujetos no peligrosos. La autora sostiene que hay conceptualizaciones que entraron en pugna entre los paradigmas mencionados: peligrosidad vs riesgo cierto e inminente, objeto de protección vs sujeto de derecho, donde la peligrosidad, la enfermedad mental y el aspecto de protección a la luz del nuevo paradigma integral y de derechos comienza a ser problematizado, permitiendo ir despojando al “ loco, peligrosos y delincuente” a todo sujeto que atraviesa un padecimiento mental, un consumo problemático de sustancias, una urgencia psicótica, etc. (p. 3).

El historiador Khum (citado por Romero 2017), ya advertía acerca de que, todo paradigma tiene que ver con las realizaciones que alguna comunidad científica particular reconoce durante cierto tiempo, como fundamento para su práctica profesional (p.4).

Finalmente con todo lo mencionado anteriormente, se podría determinar la existencia de dos tipos de posicionamiento en cuanto a paradigmas: uno cuestionado e instalado por años, basado en la vigilancia y el control de los pacientes por parte del personal de salud en especial de enfermería, anterior a la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental 26657 y otro posterior a su sanción, basado en la atención comunitaria, la inclusión del paciente en la

sociedad, reforzando la protección de la dignidad de las personas y fundamentalmente reconociendo sus derechos humanos.

(Canet, 2016) (citado por Hotschewer, 2019) plantea que es necesario destacar que con la ley nacional de salud mental propone un nuevo paradigma diferente al existente, que permite pasar de un modelo centrado en la exclusión, a otro basado en la integración; del espacio institucional cerrado al espacio comunitario abierto; del enfoque basado en la enfermedad y la peligrosidad a otro basado en el concepto de sujeto de derecho en su proceso de integración social, fundado en el resguardo o la restitución de sus derechos (p. 5).

De igual modo que en el desarrollo del marco teórico de este proyecto hemos indagado sobre el posicionamiento, la ley nacional en salud mental nº 26,657 y los derechos humanos de los pacientes, como última temática analizaremos teorías y modelos que se relacionan directamente con la disciplina de la enfermería psiquiátrica.

En efecto Morales y Rodríguez (2018), refieren que los profesionales de enfermería en salud mental están atravesando un período de transformación acelerada en estos últimos años. El proceso de la reforma psiquiátrica favoreció que las enfermeras comenzaran a salir del manicomio, donde prestaban cuidados orientados hacia la sujeción, custodia y aplicación de tratamientos biológicos; evolucionando y modificando su rol profesional (pp. 28-29).

Las enfermedades mentales han sido descubiertas desde tiempos antiguos, en aquella época su origen era atribuido a espíritus demoniacos o a otras fuentes de carácter mágico- religioso. Durante el siglo XVII se desarrolló una tendencia a proteger y amparar a los enfermos mentales, lo cual les llevaba al confinamiento en asilos u hospitales. Entre el siglo XVIII y XIX, gracias a Philippe Pinel en Francia y William Tuke en Inglaterra, fue el inicio de la lucha por liberar a los enfermos mentales de las cadenas y brindar un tratamiento en libertad de la locura. A finales del siglo XIX y principios del XX surge una nueva tendencia caracterizada por la creación y desarrollo de hospitales mentales y/o psiquiátricos; momento en el cual surge la Enfermería Psiquiátrica, a pesar de que las funciones de enfermería ya existían desde la antigüedad (Alcázar Eraus y otros, 2018, p. 2).

Alcázar y otros (2017) refieren que, a partir de la segunda mitad del siglo XX, la disciplina de enfermería ha tenido un desarrollo significativo, lo cual queda demostrado en la formación de posgrado, en el desarrollo de modelos conceptuales y teorías de enfermería, producto de la actividad investigadora. A pesar del gran avance, la profesión enfermera no ha cambiado de igual forma que la evolución de la disciplina. Llevar a la práctica los modelos y teorías de enfermería es importante, porque termina repercutiendo en términos de calidad

asistencial, autonomía profesional y visibilidad del cuidado de enfermería (pp. 2-3).

En efecto, “el profesional de enfermería está formado para intervenir, decidir, determinar y se enfrenta en la enfermería psiquiátrica, con un trabajo que implica cotidianamente en negociar, combinar, concretizar contratos, renegociar y responsabilizar. El cuidado debe ser determinado a partir de las características de las personas cuidadas, y de la capacidad de los cuidadores para utilizar lo que aprenden con ellas (Douat, 2017) (citado por Chávez y otros, 2018, p. 82). Es importante que los enfermeros del área de salud mental constantemente se estén actualizando, adquiriendo los conocimientos necesarios con el fin de brindar atención de calidad al paciente. El progreso de la enfermería a nivel disciplinario, como ciencia y tecnología ayuda a hacer evidente, por medio de la investigación científica, la fundamentación teórica de la práctica que muestra la relación del conocimiento con los valores, los principios éticos y bioéticos que sustentan el ejercicio profesional de la enfermería, vista esta como práctica social, sustentada en conocimientos con fundamentos teóricos (Galvis, 2015) (citado por Chávez y otros, 2018, p. 82).

Alcázar Eraus y otros (2017), sostienen que la existencia de un marco de referencia es fundamental a la hora de explicar y entender la práctica enfermera, además ayuda a interpretar y analizar los paradigmas enfermeros: persona, salud, entorno y enfermería, para facilitar la toma de decisiones (p. 4).

Entre los modelos y teorías revisados que tienen aplicabilidad en la enfermería de salud mental se mencionan: La teoría psicodinámica de Peplau, la teoría Humanística de Paterson y Zderad, el modelo de relación persona a persona que propone Travelbee, El modelo de la marea en la recuperación en Salud Mental de Phil Barker; retomándose sus principales aspectos conceptuales.

Continuando con el desarrollo de este marco teórico, se describirá brevemente cada uno de estos modelos, seleccionando uno de ellos para operacionalizar la variable en estudio en referencia a, el posicionamiento que tomará enfermería para el desarrollo de sus cuidados, ante la nueva ley de salud mental, desde un enfoque de derechos del paciente.

León (2017), considera que la enfermería es una ciencia humana práctica, una actividad sistematizada que parte de una explicación lógica, racional y fundamentada. Cuenta con un sistema de teorías que se aplican a la práctica mediante el proceso de atención de enfermería, al proporcionar el mecanismo a través del cual, el profesional utiliza sus opiniones, conocimientos, y habilidades para diagnosticar y tratar las respuestas humanas de la persona, la familia o la comunidad. El cuerpo de conocimientos de enfermería parte de varios paradigmas y teorías generales de aplicación de diversas ciencias, de fundamentos de otras disciplinas y de conceptos propios que le dan a la

profesión la categoría de independiente, las teorías constituyen un conjunto organizado de conocimientos abstractos, avalados por la investigación científica y el análisis lógico que proporcionan las bases para entender la realidad en enfermería y capacitan al enfermero para comprender por qué un hecho ocurre (p. 30).

Bach (2017) en su tesis de posgrado describe las bases teóricas de relaciones interpersonales, conceptualizando las relaciones interpersonales como: un modelo psicológico que sucede a través de un proceso creado por la teorista de enfermería, Hildegart Peplau, considerada como la madre de la enfermería psiquiátrica. La cual tuvo como sustento las bases teóricas psicoanalistas de las necesidades humanas, el concepto de motivación y desarrollo personal de Maslow y otros como Sullivan, Miller y Symons. (p.19).

Según esta autora Bach (2017), Peplau define la enfermería psicodinámica como aquella que nos habla sobre la relación humana que existe entre una persona enferma que necesita un servicio de salud y un profesional en salud capaz de reconocer y responder a la ayuda requerida, para lo cual aplica principios de relaciones humanas, la cual es un proceso terapéutico, que funciona como proceso humano. Sostiene que esta teoría humanística es el paradigma que muestra a la enfermera a identificar en el individuo su componente biológico, psicológico, cultural, social y espiritual. Afirma que Peplau desarrolla su modelo en cuatro fases: orientación, identificación, aprovechamiento y resolución (p. 20).

Bach (2017) clasifica en 4 las fases de dicho proceso:

1. Fase de orientación: ayudar al paciente a entender y reconocer su problema.
2. Fase de identificación: facilita la exploración de los sentimientos y sobrellevar la enfermedad
3. Fase de aprovechamiento: busca sacar mayor beneficio de esta relación.
4. Fase de resolución: resolver necesidades de dependencia del paciente y crear relaciones de apoyo (p. 21).

La autora también destaca los conceptos metaparadigmáticos de Peplau (citados por Bach 2017):

- Cuidado de enfermería: proceso significativo, terapéutico e interpersonal, relación humana individuo-enfermera.
- Persona: individuo que se esfuerza por reducir la ansiedad provocada por las necesidades.

- Salud: movimiento dirigido de la personalidad hacia una vida creativa, constructiva y productiva.
- Entorno: fuerzas existentes fuera del organismo que lo rodean e influyen (p. 22).

En cuanto a los roles de la enfermería, Bach (2017) siguiendo con la teoría de Peplau, durante la fase de las relaciones interpersonales, la autora sostiene seis funciones o roles:

- Extraña: fase no personal. La enfermera debe tratar al paciente lo más cortésmente posible.
- Suministradora de recursos: la enfermera ofrece respuesta y explica al paciente el plan de cuidados.
- Educadora: Combinación de todos los roles, la enfermera lleva a cabo el aprendizaje mediante técnicas psicoterapéuticas.
- Líder: implica el proceso democrático. La enfermera ayuda al paciente a asumir tareas mediante participación activa.
- sustituta: El paciente sitúa a la enfermera en este rol, juntos definen áreas de dependencia, independencia e interdependencia.
- consejera: el consejo funciona en la relación enfermera paciente de la manera en que las enfermeras responden a las necesidades de sus pacientes (p. 23).

Otra teoría de enfermería es el Modelo de Relación de Persona a Persona (Joyce Travelbee, 1946) (citado por Alcázar Eraus y otros, 2017) la cual se desarrolló desde los siguientes ejes centrales: la enfermera y el paciente interactúan el uno con el otro, el objetivo de la enfermería es ayudar a una persona, una familia o una comunidad a prevenir o afrontar la experiencia que les supone la enfermedad y el sufrimiento y, si es necesario, encontrar un sentido a estas experiencias (p. 6).

Según esta autora, Enfermería Psiquiátrica y Enfermería en Salud Mental son dimensiones de la misma área de actuación, realizando la siguiente definición la enfermería psiquiátrica es un proceso interpersonal mediante el cual la enfermera ayuda a una persona, familia o comunidad con el objetivo de promover la salud mental, prevenir o afrontar la experiencia de la enfermedad y el sufrimiento mental, y, si es posible, contribuye a descubrir un sentido a esas experiencias. También afirma que la salud mental no es algo que la persona posee, sino que es algo que la persona es, en una época y medio ambiente sociocultural determinados, es decir, que la salud mental está claramente influenciada por la sociedad y la cultura en la que el individuo se desenvuelve.

Además, sostenía que las concepciones sobre salud mental están basadas en los juicios de valor que cada cultura construye frente a las desviaciones de comportamiento de los seres humanos. Para examinar este concepto, la autora plantea una serie de actitudes que son capacidades humanas universales que distinguen lo humano, ellas son: aptitud para amar, capacidad para enfrentar la realidad y capacidad para descubrir un propósito o sentido en la vida.

En la teoría interpersonal de persona a persona, Travelbee (citado por Alcázar, Eraus y otros, 2017), se enfatiza en lo interpersonal, ya que se considera que se trata de una relación entre personas, por un lado, el consultante o solicitante de ayuda (paciente) y por otro lado la persona que presta dicha ayuda (enfermera). Entre ambos establecerán una relación terapéutica que conllevará cambios en ambos participantes; ésta relación enfermera - paciente se establece a través de una serie de fases. Las fases son:

- La Fase del encuentro original: se inicia cuando la enfermera tiene un primer encuentro con el paciente, los sentimientos emergen en la interacción como resultado de las percepciones desarrolladas.
- la Fase introductora o de orientación: ambos participantes se conocen, se verbaliza cuál es el motivo por el que se solicita ayuda y lo que más le preocupa en el presente. También se aclaran las expectativas sobre esta relación, así como lo que ambos participantes esperan de ella.
- Fase de identidades emergentes: durante esta fase ambos, enfermera y paciente, empiezan a establecer un enlace y a ver al otro menos como una categoría y más como un ser humano único. Se trabaja sobre los problemas identificados, se analizan los posibles factores vinculados y se determina cuánto la persona puede hacer por sí mismo, estimulándole a buscar su participación.
- Fase de empatía: La unicidad de cada individuo se percibe más claramente; en cuanto a la empatía, no es un asunto continuo, la enfermera puede interactuar muchas veces con el paciente, pero solo "empatiza" una o varias veces. Una vez ocurra la empatía, el patrón de interacción cambia.
- Fase de simpatía: La habilidad de simpatizar emerge y resulta del proceso empático. Es un paso más allá de la empatía y surge del deseo base de aliviarle el estrés. Es la capacidad de entrar en o compartir los sentimientos o intereses de otro. La simpatía implica una genuina preocupación del otro, combinada con el deseo de ayuda.
- Fase de Término: Es un proceso, una experiencia o serie de experiencias. Es una interrelación cercana de pensamientos y sentimientos, transmitidos



o comunicados de un ser humano a otro. Esta relación se caracteriza porque la enfermera y el paciente se perciben como seres humanos (p. 6-9).

Al mismo tiempo sostuvo que en enfermería hay dos maneras de enfocar los cuidados que son fundamentales:

1. Abordaje subjetivo científico: Bien reconocido, utilizado y valorizado por todos. En él la enfermera da cuidados “del mundo exterior”, utiliza un plan, un protocolo preciso e identifica lo más objetivamente posible los signos, síntomas, los problemas y las necesidades del “paciente”.

2. Abordaje inter-subjetivo: Más global y profundo, ya que la enfermera debe integrar relación, proceso de cuidados y modelo de enfermería. Esta integración es un proceso largo y exige una implicación profesional y personal. Este proceso no es cuantificable, y no es registrado

Para la misma autora, a través de la relación de ayuda se pretende llegar a conseguir una serie de objetivos.

- Ayudar a la persona consultante a enfrentarse a sus problemas presentes.
- No se está interesado por descubrir el contenido inconsciente o la relación de los problemas actuales con el pasado, en primera prioridad. Puede ser útil sólo avanzada la relación y si el terapeuta sabe qué hacer con esa información.
- Ayudar a conceptualizar sus problemas.
- Se trata de que identifique y vaya precisando y enfocando lo que más le afecta y cómo lo afecta, a través de preguntas exploratorias.
- Ayudar a percibir su participación en sus experiencias.
- Es interesante que la persona se vea a sí misma activa en su vida y su acontecer. Identificar qué tipo de conductas la persona emite frente a determinadas situaciones o personas, así como explorar otros modos de comportamiento.
- Ayudar a enfrentar en forma realista los problemas emergentes.
- Al verbalizar y explorar con el terapeuta los problemas se van haciendo conscientes.
- Ayudar a encontrar un sentido a lo que vive.
- Las personas suelen poner en práctica medidas conocidas y estereotipadas para solucionar los problemas, sin embargo, a veces no son las mejores. Es necesario ayudar a la persona a explorar otras opciones que no es capaz de ver por sí mismo.
- Ayudar a discernir alternativas de solución a sus problemas emergentes.
- Con el terapeuta va ensayando y aprendiendo nuevas formas de comunicarse.

- Ayudar a la persona a ensayar nuevas líneas de comportamiento.
- Estimular a decidirse, poner nombre a lo que siente o expresarse de forma clara, directa y congruente entre lo verbal y expresivo.
- Ayudar a comunicarse.
- Disfrutar del contacto con otro (enfermera) puede ser la clave para atreverse a correr el riesgo en nuevas relaciones.
- Ayudar a socializar.

El Modelo de Relación de Persona a persona, es uno de los que tiene aplicabilidad práctica en enfermería psiquiátrica. Al tratarse de un modelo basado en la relación entre personas, enfermero y paciente, donde, a través de la interacción entre ambos se establecen cambios en ambos participantes. A través de ese proceso interpersonal la enfermera, puede ayudar a una persona, familia o comunidad con el objetivo de promover la salud mental, prevenir o afrontar la experiencia de la enfermedad o el sufrimiento mental (Alcázar Eraus y otros, 2018, pp. 5-12).

La Teoría de Enfermería Psiquiátrica Humanística (Paterson y Zderad, 1946) (citado por Losada y Miller, 2020) postula que la preparación de los profesionales de enfermería para que devengan a conocerse a sí mismos, siendo que este autoconocimiento se constituye como esencial. Los profesionales de enfermería en un espacio de tiempo reducido y con un ritmo acelerado de trabajo, están enfocados en la prestación de una asistencia de calidad escuchando de forma activa al otro. La construcción del accionar en esta disciplina analiza la construcción de valores que pueden reflexionar de forma crítica, analizar, clasificar, categorizar y definir acciones prioritarias para cada miembro del grupo respetando el potencial y las limitaciones de los mismos. Los enfermeros sintetizan de forma adicional las realidades conocidas con la finalidad de evaluar, comparar y sintetizar los diferentes contextos, con la perspectiva holística pero no generalista y determinista viendo que el ser humano es indeterminado y dotado de capacidades múltiples (p. 5).

La teoría determina los siguientes puntos centrales según Losada y Miller (2020):

- Preparación de los profesionales de enfermería para su autoconocimiento.
- Los enfermeros conocen intuitivamente al otro.
- También conocen al otro de forma científica.
- Enfermería sintetiza de forma complementaria las realidades conocidas.
- Los principios fenomenológicos existenciales permiten una visión holística de cuidado, la vivencia del encuentro, del dialogo y de compartir vivencias, experiencias y sentimientos entre los seres humanos (p. 4).

Por último, Coronel (2021) presenta el Modelo de la Marea en la Recuperación en Salud Mental de Phil Barker, describiéndolo como un modelo que honra a la persona y a su historia. Dicho modelo se centra en involucrar a la persona más que a una enfermedad, con la finalidad de entender la situación actual del ser humano y su relación con la salud y la enfermedad. De este modo, la recuperación se centra en ir más allá de la enfermedad y la atención centrada en el paciente, lo reconoce como participante de su propio cuidado. Este modelo inicia una relación afectiva entre el profesional y el individuo mediante alianzas, siendo enfermería quien ayuda al paciente a buscar el sentido de su enfermedad. En consecuencia, cuidar a las personas es considerar el cambio y que el profesional sea sensible a este (p. 17).

Según Coronel (2021), este postulado teórico enfatiza 10 supuestos filosóficos denominados “Los 10 compromisos”, fundamentales para la práctica centrada en la recuperación del paciente:

1. Valorar la voz: en el relato está el distrés de la persona y la esperanza de la resolución. La historia del viaje de la recuperación y todos los planes de cuidados que lo apoyan, debería escribirse en la propia voz de la persona.
2. Respetar el lenguaje: No hay necesidad de colonizar la historia de la persona sustituyéndola por el lenguaje con frecuencia arcaico, feo y raro de la psiquiatría, la jerga de la psicología popular o las ciencias sociales.
3. Desarrollar la curiosidad genuina: Curiosidad por comprender mejor al narrador y la significación humana de la historia no desplegada de la vida, ya que la persona escribe la historia de su vida, pero no debe confundirse con un libro abierto.
4. Llegar a ser el aprendiz: La persona es el experto mundial en la historia de su vida. Podemos empezar a comprender algo del poder de esa historia, pero sólo si nos aplicamos con diligencia y respeto a la tarea de convertirnos en el aprendiz.
5. Revelar la sabiduría personal: Una de las principales tareas para quien ayuda es contribuir a revelar la sabiduría de la persona al escribir la historia de su vida, que se utilizará para respaldar a la persona y guiar el viaje a la recuperación.
6. Ser transparente: Para ganar la confianza de la persona se ha de ser transparente en todo momento, ayudando a la persona a comprender qué se está haciendo y por qué.
7. Utilizar el equipo de herramientas disponible: La historia de la persona contiene numerosos ejemplos de lo que ha funcionado o puede funcionar en esta persona. Son las principales herramientas que tienen que utilizarse para desbloquear o crear la historia de la recuperación.

8. Trabajar un paso más allá: El cuidador y la persona trabajan conjuntamente para crear una apreciación de lo que tiene que hacerse ahora. El primer paso es crucial, mostrando el poder del cambio y apuntando hacia el objetivo final de la recuperación.

9. Dar el don del tiempo: No hay nada más valioso que el tiempo que pasan juntos el cuidador y la persona. La cuestión es cómo utilizar ese tiempo.

10. Saber que el cambio es constante: La tarea del profesional es dar a conocer que se está produciendo el cambio y cómo puede utilizarse este conocimiento para que la persona deje de estar en peligro y sometido al estrés, y se oriente hacia la recuperación (p.19).

### **Definición Conceptual de la Variable**

Para definir conceptualmente la variable del estudio de investigación, se tomará la teorista de enfermería Joyce Travelbee (citado por Alcázar Eraus y otros 2017), con su Modelo de Relación Persona a Persona, el cual propone el posicionamiento de la enfermería psiquiátrica desde un tipo de relación e interacción, en la cual enfermería y el paciente interactúan a nivel interpersonal el uno con el otro. Hay un visibilización del otro, paciente, tal como lo pide la nueva ley, el paciente deja de ser cosificado, como objeto y pasaría a ser un sujeto al cual se lo reconoce como persona con necesidad de ayuda, tal como lo plantea la autora, sujeto de derechos.

Esta integración implica un proceso largo, personal y profesional pero que no es cuantificable, por lo tanto, para poder dimensionar la variable desde lo que propone esta autora, se tomara otro aspecto de su teoría, que es el posicionamiento de enfermería desde una relación de ayuda, con el propósito del logro de objetivos terapéuticos que están congruentemente relacionados con los aspectos jurídicos de la ley. Desde el enfoque de derechos. Los objetivos terapéuticos son, que el paciente logre enfrentar sus problemas presentes y

conceptualizarlos, que pueda discernir alternativas de solución a sus problemas emergentes y por último que pueda socializar.

A continuación, se detalla la variable, sus dimensiones e indicadores.

**Posicionamiento:** de la enfermería psiquiátrica, en un Modelo de Relación Persona a Persona.

**Dimensión:**

- Posicionamiento en cuanto a la relación de ayuda de enfermería para que el paciente logre enfrentar sus problemas presentes y conceptualizarlos.

**Subdimensión:**

- La persona que se asiste tiene derecho a recibir atención sanitaria y social, integral y humanizada, a partir de acceso gratuito, igualitario y gratuito a las prestaciones e insumos necesarios, con el objeto de asegurar la recuperación y preservación de su salud.

**Indicadores:**

- Tener acceso a su historia clínica.
- Recibir información sobre su diagnóstico y tratamiento.
- Tomar decisiones relacionadas con su atención y tratamiento dentro de sus posibilidades.

**Dimensión:**

- Posicionamiento en cuanto a la relación de ayuda de enfermería para que el paciente pueda discernir alternativas de solución a sus problemas emergentes.

**Subdimensión:**

- La persona que se asiste tiene derecho a recibir tratamiento y ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo integración familiar, laboral y comunitaria.

**Indicadores:**

- Dar su consentimiento informado.
- Estar acompañado por familiares u otros afectos, antes, durante y después de su tratamiento.
- Optar por un tratamiento ambulatorio o a través de una internación voluntaria.

**Dimensión:**

- Posicionamiento en cuanto a la relación de ayuda de enfermería para que el paciente pueda socializar.

**Subdimensión:**

- La persona que se asiste tiene derecho a conocer y preservar su identidad, sus grupos de pertenencia, su genealogía y su historia.

**Indicadores:**

- Laborterapia o trabajo comunitario no será forzado y remunerado.
- Asistencia espiritual o religiosa.
- Reforzar su identidad, evitando discriminación por su padecimiento mental actual o pasado.

**OBJETIVO GENERAL**

Ø Identificar el posicionamiento de enfermería ante la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, desde un enfoque de derechos, en el Hospital Emilio Vidal Aval, de la Ciudad de Oliva, Córdoba, de agosto a diciembre del 2021.

**OBJETIVOS ESPECIFICOS**

Ø Identificar el posicionamiento en cuanto a la relación de ayuda de enfermería para que el paciente pueda enfrentar sus problemas presentes y conceptualizarlos.

Ø Definir el posicionamiento en cuanto a la relación de ayuda de enfermería para que el paciente pueda discernir alternativas de solución a sus problemas emergentes.

Ø Identificar el posicionamiento en cuanto a la relación de ayuda de enfermería para que el paciente pueda socializar.

## **CAPITULO 2**

# ***“El Diseño Metodológico “***

## **Tipo de Estudio**

El tipo de estudio seleccionado para llevar adelante la investigación será cuantitativo, descriptivo y transversal.

Descriptivo: porque describirá el posicionamiento de la enfermería psiquiátrica con respecto a las siguientes dimensiones: relación de ayuda de enfermería al paciente a enfrentar sus problemas presentes y conceptualizarlos, relación de ayuda de enfermería al paciente para que pueda discernir alternativas de solución a sus problemas emergentes y relación de ayuda de enfermería al paciente para que logre la socialización.

Transversal: porque se realizará un corte en el tiempo para investigar y poder describir que posicionamiento adoptara enfermería psiquiátrica frente a la propuesta del nuevo modelo de atención que propone la ley, en consonancia con la autora seleccionada.

## **Operacionalización de la Variable**



Variable	Dimensión	Subdimensión	Indicadores
<b>Posicionamiento de enfermería.</b>	Posicionamiento en cuanto a la relación de ayuda de enfermería para que paciente pueda enfrentar sus problemas presentes y conceptualizarlos.	El paciente tiene derecho a recibir atención sanitaria y social, integral y humanizada, a partir de acceso gratuito, igualitario y gratuito a las prestaciones e insumos necesarios, con el objeto de asegurar la recuperación y preservación de su salud.	El enfermero colabora con el paciente para que tenga acceso a su historia clínica.
			El enfermero informa al equipo interdisciplinario que el paciente desea recibir información de su diagnóstico y tratamiento.
			El enfermero respeta la atención y el tratamiento que el paciente desea recibir.
	Posicionamiento en cuanto a la relación de ayuda de enfermería para que el paciente pueda discernir alternativas de solución a sus problemas emergentes.	El paciente tiene derecho a recibir tratamiento y ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo integración familiar, laboral y comunitaria.	El enfermero informa al paciente que es el consentimiento informado.
			El enfermero adapta la estadía de internación voluntaria del paciente para que permanezca acompañado por un familiar o allegado.
			El enfermero brinda apoyo a la decisión que

			tome el paciente de internación voluntaria o tratamiento ambulatorio.
	Posicionamiento en cuanto a la relación de ayuda de enfermería para que el paciente pueda socializar.	El paciente tiene derecho a conocer y preservar su identidad, sus grupos de pertenencia, su genealogía y su historia.	El enfermero promueve la realización de actividades recreativas (laborterapia) El paciente tiene derecho a conocer y preservar su identidad, sus grupos de pertenencia, su genealogía y su historia.
			El enfermero respeta las creencias y cultura del paciente, permitiendo asistencia espiritual o religiosa.
			El enfermero escucha las necesidades del paciente que refuercen la identidad del mismo articulando el acceso a la documentación

			que requiere como: DNI, pasaporte, seguro social (si tiene).
--	--	--	--

## Población y Muestra

El universo estará conformado por el total del personal de enfermería que se encuentre trabajando en el período (agosto-diciembre de 2021) distribuidos en los tres turnos de nivel operativo del Hospital Emilio Vidal de la Ciudad de Oliva.

Este universo estará constituido por una población heterogénea, ya que se presentará características individuales diferentes, tales como el sexo, la edad, formación profesional y antigüedad laboral.

La población comprende un total de 105 enfermeros, de la cual se tomará una muestra representativa. Para que la muestra sea representativa, deberá reflejar las características de la población en estudio y permitir extraer conclusiones validas de la misma. Para ello, deberá cumplir con dos características fundamentales:

1. Tamaño de la muestra (número de enfermeras que abarcará la muestra).
2. Selección de la muestra (como se seleccionará el número de enfermeras que conformarán la muestra).

Además, el tamaño de la muestra dependerá de tres factores a considerar:

- a) El nivel de confianza con el que se harán las estimaciones de los parámetros de la investigación. En ésta, la probabilidad usada es de 0.95 (se lo simboliza  $1-\alpha$ , cuyo valor de Z es un valor fijo relacionado con la probabilidad. En este caso Z será igual a 1.96).
- b) El error tolerable máximo del Proyecto será de 0.05 y se simboliza con la letra "e". Éste se refiere a la máxima cantidad en que difiere el estimador utilizado y el valor del parámetro. El parámetro que se utilizará en el muestreo será la proporción poblacional (P) donde el estimador será (p).
- c) La variabilidad de la población.

La fórmula utilizada para determinar la cantidad de unidades a seleccionar, teniendo en cuenta el parámetro que se va a estimar:

Proporción Poblacional = P es:

$$n = \frac{z^2 \cdot P \cdot Q}{e^2}$$

Considerando que:

- **n**: Tamaño muestral.
- **Z**: Valor de distribución normal.
- **P**: Proporción Poblacional.
- **Q**: Complemento de la proporción poblacional.
- **e**: Error tolerable máximo.

Por medio de utilización de ésta fórmula, aplicada al universo en estudio, se llegó a la muestra representativa:

$$n = \frac{1.96^2 \cdot (0.5 \cdot 0.5)}{0.05^2}$$
$$n = \frac{3.84 \cdot 0.25}{0.0025}$$

$$n = 384$$

Como se conoce el tamaño de la población en estudio (N= 105 enfermeras), la fórmula aplicada corresponde al paso previo ( $n_0$ ) de la definición muestral. El tamaño muestral definitivo se calcula de la siguiente manera:

Considerando que:

- **n**: Tamaño muestral definitivo.
- **$n_0$** : Tamaño muestral (Calculado).
- **N**: Población.

$$n = \frac{n_0 \cdot N}{(N - 1) + n_0}$$
$$n = \frac{384 \cdot 105}{(105 - 1) + 384}$$
$$n = \frac{40.320}{104 + 384}$$

$$n = \frac{40.320}{488}$$

$$n = 82.62$$

$$n = 83$$

El cálculo también fue realizado con el software o programa STATS. Los datos utilizados serán: 105 personas, error máximo aceptable de 5%, porcentaje estimado de la muestra 50%, y un nivel deseado de confianza de 95%. El resultado que proporcione STATS es de 82. Para saber cómo se seleccionará a los individuos de la muestra, se utilizará el método de muestreo probabilístico; dentro de éste el muestreo aleatorio simple nos permitirá seleccionar unidades de la población de manera que las muestras posibles tengan la misma probabilidad de ser seleccionadas.

### **Criterios de Selección**

#### **Criterio de Inclusión**

Profesional enfermero asistencial que trabaja en el Hospital Emilio Vidal Aval.  
Profesional enfermero que aceptan voluntariamente participar en el estudio.

#### **Criterio de Exclusión**

Enfermeras que no desean participar en el estudio de investigación. Enfermeras que se encuentran con licencia, en comisión o que presten servicio en tareas administrativas.

#### **Fuente de Información**

Primaria, ya que serán los mismos enfermeros/licenciados (sujeto de estudio) quienes brinden la información, mediante la entrevista, valoración y análisis.

#### **Técnica e Instrumento de Recolección de Datos**

La técnica que se utilizará para la recolección de datos será la encuesta en su modalidad de entrevista, de manera idéntica a todo el plantel de enfermería, lo que asegurará la comprensión de las preguntas y la riqueza de las respuestas. Por lo tanto, el instrumento empleado será una cédula de entrevista (Anexo N°3). Este instrumento consta de tres partes; la primera corresponde a una presentación del instrumento, explicando los fines que persigue. La segunda parte hace referencia a los datos personales del entrevistado, y la tercera parte

consta de preguntas abiertas, y de argumentación tales como: De qué modo/manera / cómo.

### **Prueba Piloto del Instrumento**

Para verificar la confiabilidad y validez del instrumento elaborado para el proyecto, se realizó una prueba piloto del mismo con la encuesta en modo de entrevista de 5 enfermeros que trabajan en la atención de pacientes con idénticas características, en la Clínica privada integral psiquiátrica San Nicolás; para lo cual se pidió la autorización necesaria a través del (Anexo N° 9).

Dicha prueba resultó beneficiosa, porque permitió realizar ajustes demostrados por la valoración que realizó el plantel de enfermería.

### **Plan de recolección de datos**

Los datos serán recolectados por las investigadoras durante los meses de agosto a diciembre del año 2021:

Para ello se realizarán las siguientes actividades que completarán la misma:

1. Solicitud de permiso para recolectar los datos al Director del Hospital Emilio Vidal Aval (Anexo N°1) y a la Jefa del Departamento de Enfermería (Anexo N°2).
2. El cotejo de los datos se llevará a cabo luego de que se haya aclarado y firmado el consentimiento informado (Anexo N°3) correspondiente, donde se detalla el uso de los datos, evitando el empleo de datos personales.
3. La recolección de los datos se llevará a cabo en el Hospital Emilio Vidal Aval, se realizará en dos días, primer día para turno mañana, y segundo día para turno tarde y noche. Se entrevistará a los enfermeros usando el instrumento cédula de entrevista, ver (Anexo N° 4). Tiempo estimado entre 15 a 20 minutos por persona.

### **Categorización de datos**

- 1- Posicionamiento en cuanto a la relación de ayuda de enfermería para que el paciente enfrente sus problemas y los conceptualice:** compuesta por 1 **Subdimensión** (a) y sus correspondientes indicadores.

**a) El paciente tiene derecho a recibir atención sanitaria y social, integral y humanizada, con acceso gratuito e igualitario asegurando la recuperación y preservación de su salud.**

- I. El enfermero colabora con el paciente para que tenga acceso a su historia clínica.
- II. El enfermero informa al equipo interdisciplinario que el paciente desea recibir información de su diagnóstico y tratamiento.
- III. El enfermero respeta la atención y tratamiento que el paciente desea recibir.

**2- Posicionamiento en cuanto a la relación de ayuda de enfermería para que el paciente pueda discernir alternativas de solución a sus problemas emergentes:** compuesta por una **Subdimensión (b)** sus correspondientes indicadores.

**b) El paciente tiene derecho a recibir un tratamiento con la alternativa terapéutica más conveniente, promoviendo su integración familiar, laboral y comunitaria.**

- I. El enfermero informa al paciente que es el consentimiento informado.
- II. El enfermero adapta la estadía de internación voluntaria del paciente para que permanezca acompañado por su familiar o allegado.
- III. El enfermero brinda apoyo a la decisión que tome el paciente de internación voluntaria o tratamiento ambulatorio.

**3- Posicionamiento en cuanto a la relación de ayuda de enfermería para que el paciente pueda socializar:** compuesta por una **Subdimensión (c)** y sus respectivos indicadores.

**c) El paciente tiene derecho a conocer y preservar su identidad, grupos de pertenencia, genealogía e historia.**

- I. El enfermero promueve la realización de actividades recreativas (Laborterapia).
- II. El enfermero respeta las creencias y cultura del paciente, permitiendo asistencia espiritual y religiosa cuando lo necesite.
- III. El enfermero escucha las necesidades del paciente que refuerza la identidad del mismo, articulando el acceso a la

documentación que requiera, como por ejemplo DNI, pasaporte, seguro social (si tiene).

Para establecer el posicionamiento de enfermería ante la Ley Nacional de Salud Mental, desde un enfoque de derechos del paciente, se realizará una encuesta en su modalidad de entrevista a los enfermeros del Hospital Emilio Vidal Aval, mediante las siguientes preguntas abiertas: De qué modo/manera/como.

Los indicadores se agrupan en tres dimensiones:

- A) Posicionamiento en cuanto a la relación de ayuda de enfermería para que el paciente enfrente sus problemas y los conceptualice: conformada por 1 Subdimensión, con 3 indicadores, a lo cual se considerará como lograda la dimensión, si se obtuviesen 2 de los 3 indicadores con respuesta positiva.
- B) Posicionamiento en cuanto a la relación de ayuda de enfermería para que el paciente pueda discernir alternativas de solución a sus problemas emergentes: compuesta por una Subdimensión: conformada por 1 Subdimensión, con 3 indicadores, para lo cual se considerará como lograda la dimensión si se obtuviesen 2 de los 3 indicadores.
- C) Posicionamiento en cuanto a la relación de ayuda de enfermería para que el paciente pueda socializar: conformada por 1 Subdimensión y sus 3 indicadores, para lo cual se considerará como lograda la dimensión, si se obtienen 2 de los 3 indicadores con respuesta positiva.

### **Procesamiento de datos**

Una vez recogidos todos los datos, los mismos serán codificados según la tendencia de respuesta, numerados, ordenados y controlados para descartar cualquier error humano, en el llenado de los mismos. Los resultados de la Cédulas de Entrevistas serán volcados en una tabla maestra (Anexo N° 5, 6, 7,8), para realizar su tabulación y conocer así las frecuencias absolutas y relativas, obteniendo los diferentes porcentajes de lo que se desea conocer.

Puesto que el instrumento utilizado incluirá preguntas abiertas, se construirán tablas de frecuencia a las respuestas desarrolladas (Cómo, De qué modo/manera) se agruparán con su respectiva dimensión. El programa informático para el análisis de los resultados será Microsoft Office, Excel 2016.

### **Análisis de Datos**

El análisis de los datos se realizará detenidamente a través de la estadística descriptiva, en la que se compararán y se obtendrán las debidas conclusiones



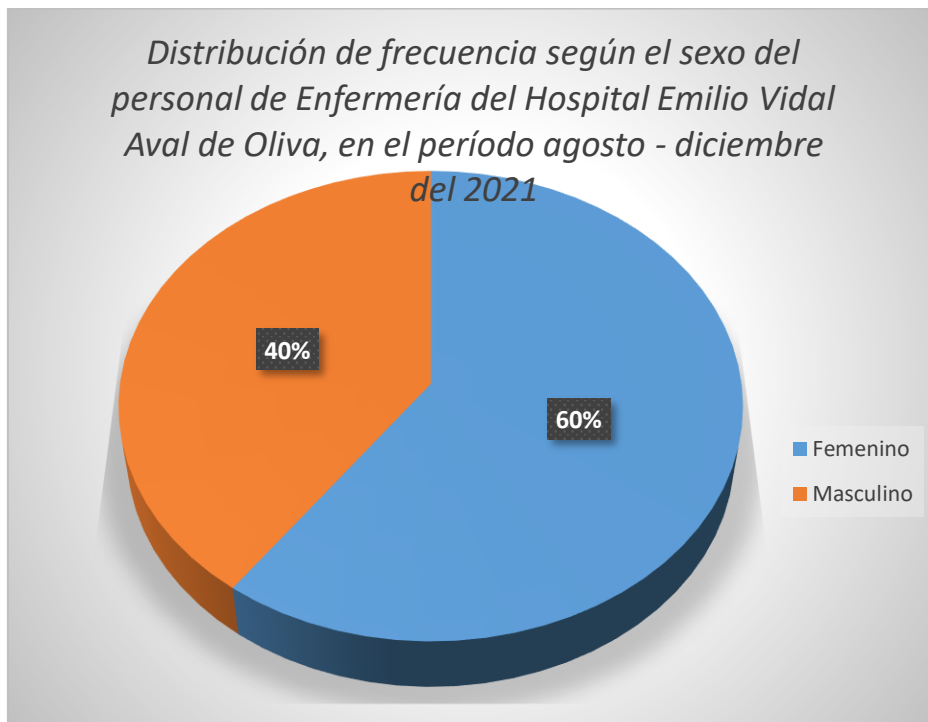
con todos los datos obtenidos. Las respuestas de las preguntas desarrolladas serán analizadas de manera cualitativa. El programa informático para el análisis cuántico de los resultados será Microsoft Office, Excel 2016.

### **Plan de presentación de los datos**

La presentación de los datos identificatorios será en gráficos de torta: A, B, C y D. Los datos obtenidos a través de las tres dimensiones serán presentados en tablas simples y en gráficos de barras (Tablas 1, 2, 3, 4, 5 y 6).

### **Presentación de Datos Identificatorios**

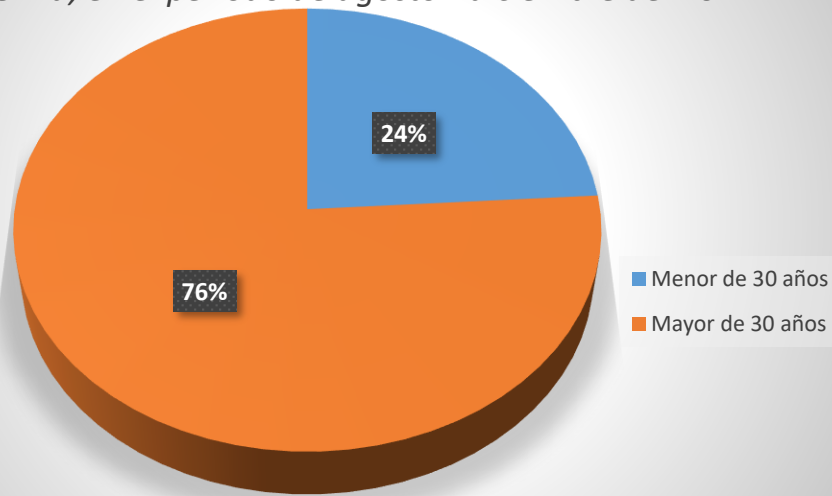
#### **GRÁFICO A:**



Fuente: Cédula de entrevista

#### **GRÁFICO B:**

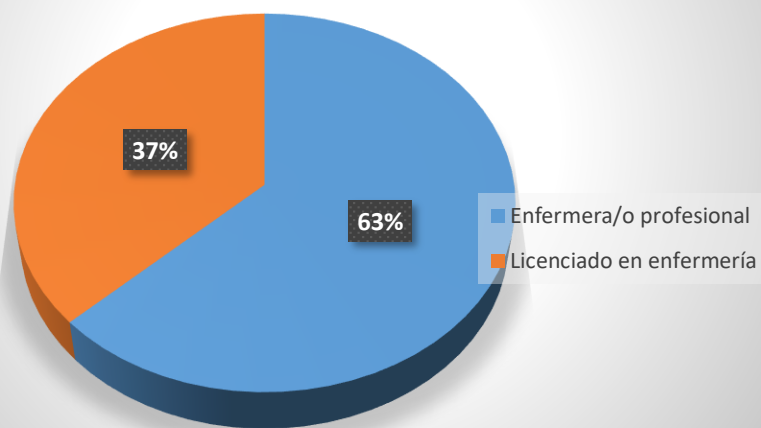
*Distribución de frecuencia según edad del personal de Enfermería del Hospital Emilio Vidal Aval de Oliva, en el período de agosto - diciembre del 2021*



Fuente: Cédula de entrevista.

### **GRÁFICO C:**

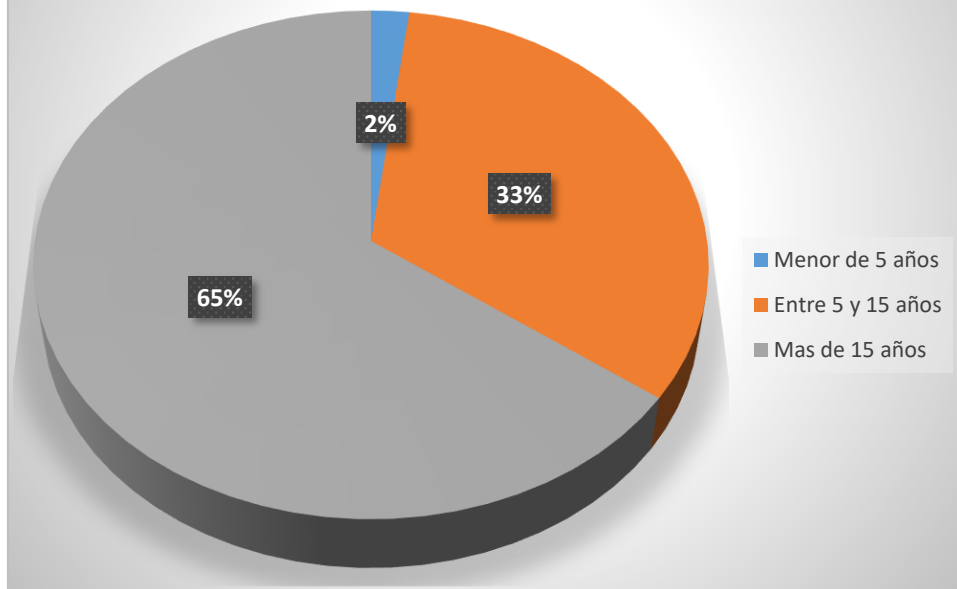
*Distribución de frecuencia según formación profesional del personal de Enfermería del Hospital Emilio Vidal Aval de Oliva, en el período agosto - diciembre del 2021*



Fuente: Cédula de entrevista.

### **GRÁFICO D:**

*Distribución de frecuencia según antigüedad del personal de Enfermería del Hospital Emilio Vidal Aval de Oliva, en el período agosto - diciembre del 2021*



Fuente: Cédula de entrevista.

### Presentación de Datos de la Variable

**TABLA 1:** *Posicionamiento en cuanto a la relación de ayuda de enfermería, para que el paciente enfrente sus problemas y los conceptualice en el Hospital Emilio Vidal Aval, en el periodo agosto a diciembre del 2021.*

Indicadores	Respuestas		Si		No		Total	
	F	F%	F	F%	F	F%	F	F%
<b>El paciente tiene derecho a recibir atención sanitaria y social, integral y humanizada, con acceso gratuito e igualitario asegurando la recuperación y preservación de su salud.</b>								
Usted le facilita al paciente a tener acceso a su historia clínica.								
Usted le comunica al equipo interdisciplinario que el paciente desea ser informado sobre su diagnóstico y tratamiento.								

Considera usted que en la práctica se respeta la decisión del paciente de recibir o no tratamiento.						
Total					82	100%

Fuente: Cédula de entrevista.

**TABLA 2:** Argumentaciones del Posicionamiento de los enfermeros del Hospital Emilio Vidal Aval, en cuanto a la dimensión relación de ayuda de enfermería para que el paciente enfrente sus problemas y los conceptualice.

✓ .....
✓ .....
✓ .....
✓ .....
Total de entrevistados: 82

Fuente: Cédula de entrevista.

**GRAFICO 1:**



Fuente: Tabla 1.

**TABLA 3:** Posicionamiento en cuanto a la relación de ayuda de enfermería, para que el paciente pueda discernir alternativas de solución a sus problemas emergentes en el Hospital Emilio Vidal Aval, en el periodo agosto a diciembre del 2021.

Indicadores	Si		NO		Total	
	F	F%	F	F%	F	F%
<b>El paciente tiene derecho a recibir un tratamiento con la alternativa terapéutica más conveniente, promoviendo su integración familiar, laboral y comunitaria.</b>						
Usted le brinda información al paciente y su familia sobre el consentimiento informado.						
Considera usted que facilita la presencia de un familiar o allegado, mientras dure su internación voluntaria.						
Considera usted que brinda apoyo en la toma de decisión, respecto a internación voluntaria o tratamiento ambulatorio.						
Total					82	100%

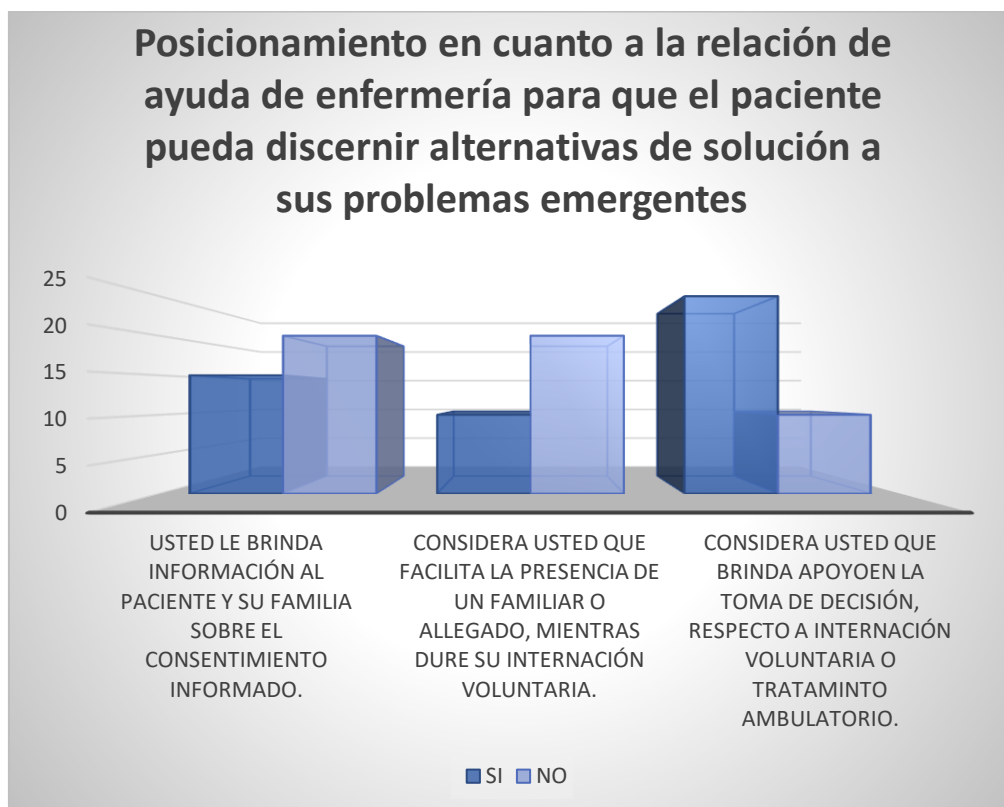
Fuente: Cédula de entrevista.

**TABLA 4:** Argumentaciones del Posicionamiento de los enfermeros del Hospital Emilio Vidal Aval, en cuanto a la dimensión relación de ayuda de enfermería para que el paciente pueda discernir alternativas de solución a sus problemas emergentes.

✓ .....
✓ .....
✓ .....
✓ .....
Total de entrevistados: 82

Fuente: Cédula de entrevista.

**GRÁFICO 2:**



Fuente: Tabla 3.

**TABLA 5:** Posicionamiento en cuanto a la relación de ayuda de enfermería para que el paciente pueda socializar en el Hospital Emilio Vidal Aval de Oliva, en el período agosto a diciembre del 2021.

Indicadores	Respuestas		SI		NO		Total	
	F	F%	F	F%	F	F%	F	F%
<b>El paciente tiene derecho a conocer y preservar su identidad, grupos de pertenencia, genealogía e historia.</b>								
Usted estimula la realización de actividades recreativas (Laborterapia).								
Considera usted que respeta las creencias y la cultura, permitiéndole al paciente recibir asistencia espiritual y religiosa.								

Cree usted que escucha las necesidades del paciente, que refuerzan la identidad del mismo, articulando el acceso a la documentación solicitada.						
Total					82	100%

Fuente: Cédula de Entrevista.

**TABLA 6:** *Argumentaciones del Posicionamiento de los enfermeros del Hospital Emilio Vidal Aval, en cuanto a la dimensión relación de ayuda de enfermería para que el paciente pueda socializar.*

<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ .....</li> <li>✓ .....</li> <li>✓ .....</li> <li>✓ .....</li> </ul>
Total de entrevistados: 82

Fuente: Cédula de Entrevista.

**GRAFICO 3:**



Fuente: Tabla 5.

### Cronograma de Actividades

Diagrama de Gantt, donde se especificará el cumplimiento de cada una de las etapas y actividades del proyecto.

### Diagrama de Gantt

Tiempo 2021	agosto	septiembre	octubre	noviembre	diciembre
Actividades					
Revisión proyecto					
Recolección de datos					



Organización de los datos					
Análisis de los datos					
Presentación de los datos					
Realización del informe preliminar.					
Informe final					
Publicación					

### Presupuesto

Se tendrá en cuenta recursos humanos y económicos necesarios para la realización del proyecto de investigación.

RECURSO	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
<b>RECURSO HUMANO</b>	<b>4</b>		
<b>Asesor Metodológico</b>	<b>1</b>	<b>\$ 10000</b>	<b>\$ 10000</b>
<b>Asesor Estadístico</b>	<b>1</b>	<b>\$ 7000</b>	<b>\$ 7000</b>
<b>Investigadoras</b>	<b>2</b>		

<b>RECURSO FINANCIERO</b>			
<b>Fotocopias</b>	<b>70</b>	<b>\$ 20</b>	<b>\$ 1400</b>
<b>Cartucho Impresora</b>	<b>2</b>	<b>\$ 1000</b>	<b>\$ 2000</b>
<b>Resma de Hojas</b>	<b>1</b>	<b>\$ 650</b>	<b>\$ 650</b>
<b>Artículos Varios de Librería</b>			<b>\$ 1000</b>
<b>Gastos Imprevistos</b>			<b>\$ 700</b>
<b>Total</b>			<b>22750</b>

## Referencias Bibliográficas

- Alcázar Eraus, N., De la Morena Pérez, N., & Rodríguez, A. (2017). Utilidad práctica del modelo de Travelbee en Enfermería en Salud Mental. *Conocimiento Enfermero Revista científica del CODEM*, 2-12. doi:9d1b2e1a-ad4c-4f26-be2f-af377a0b794e.pdf
- Ase, I. (2018). Capítulo 14: Cobertura Universal en Salud: entre los derechos y el mercado. En A. Rossetti, N. Monasterolo, & S. Yoma, *Salud Mental y Derecho. Derechos Sociales e Intersectorialidad* (págs. 235-257). Córdoba, Argentina: Espartaco Córdoba.
- Basualdo, S. C. (2019). Colectivo CRISÁLIDA Un Modelo Alternativo en Salud Mental, Educación y su Articulación Territorial. *Haceres colectivos: Investigaciones y Experiencias en Salud Mental Adicciones en Argentina*, 127-135. doi:0000001617cnt-2019-10\_haceres-colectivos.pdf
- Cabanyes, J., & Monge, M. (2017). *La salud mental y sus cuidados (4a ed.)*. Navarra, España: EUNSA. Recuperado el Febrero de 2021, de <http://ebookcentral.proquest.com>
- Campos, R., & Novella, E. (2017). La higiene mental durante el primer franquismo. De la higiene racial a la prevención de la enfermedad mental (1939-1960). *Dynamis: Acta Hispánica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam*, 37(1), 65-87. Obtenido de <https://scielo.isciii.es/scielo.php>

- Candela, R., & Villasante, O. (2018). Pacientes "penales" en instituciones psiquiátricas: cien años del Manicomio Nacional de Leganés (1852-1952). *Dynamis: Acta Hispánica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam, (en línea)*, 38(1), 163-187. Obtenido de <https://ddd.uab.cat/record/188706>
- Castillero Mimenza, O. (2017). *La teoría del panóptico de Michel Foucault sobre como el poder político y económico nos controla sin que seamos capaces de advertirlo*. Obtenido de Psicología y Mente: <https://psicologiymente.net/social/teoría-panoptico-michel-foucault>.
- Cea Madrid, J. C. (2019). "Locos por nuestros derechos": comunidad, salud mental y ciudadanía en el Chile contemporáneo. *Quaderns de Psicologia*, 21(2), 1502. Obtenido de <https://doi.org/10.5565/rev/gpsicologia.1502>
- Charry Urrea, J., Cuevas Robayo, C., & Romero Polanco, P. (2020). *Construcción un programa de prevención desde la perspectiva de la salud mental comunitaria dirigido a jóvenes y adultos de una fundación ubicada en la localidad de Kennedy en Bogotá D.C.* Tesis de grado. Universidad Piloto de Colombia. Bogotá D:C. Obtenido de <https://repository.unipiloto.edu.co/handle/20.500.12277/6945>
- Chávez Guerrero, B., Martínez Salinas, Y., Contreras Juárez, M., Rede González, M., & Muñoz Livas, J. (2018). Enfermería Psiquiátrica: Un polar en la salud mental. *Cultura Científica y Tecnológica*, 65(15), 82. Obtenido de <http://erevistas.uacj.mx/ojs/index.php/culcyt/article/view/2666>
- Chumpitaz Vasquez, M. (2017). *Relaciones interpersonales enfermera-paciente en dos hospitales públicos de Lima, 2017*. (Tesis de Maestría) Universidad César Vallejo, Perú. Obtenido de Repositorio Digital Institucional Universidad César Vallejo.: <https://hdl.handle.net/20.500.12692/21805>
- Coronel Villegas, G. (22 de Enero de 2021). *Proceso de atención de enfermería en un adolescente con trastorno de ansiedad generalizada basado en el modelo de Phil Barker*. (Exámen Complexivo) Universidad Técnica de Machala. Obtenido de Repositorio Digital de la UTMACH: <https://repositorio.utmachala.edu.ec/handle/48000/16462>
- Díaz, A., Tosi, A., Benítez, P., Santanocito, G., Garcete, E., Amado, Y., . . . Córdoba, G. (2018). Salud Mental en Hospitales Generales de la Ciudad de Rosario y del gran Rosario, Argentina. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, XXIX(142), 255-262.
- Douat Loyola, C. (Junio de 2017). Salud mental y enfermería psiquiátrica: contribuciones para la resocialización de la persona en sufrimiento psíquico. *Escola Anna Nery*, 21(3), 21(3). Recuperado el 2019, de <https://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0003-0001>
- Gatti, F. (2017). Las bases conceptuales de los derechos humanos: Hacia una teoría crítica. *Cuaderno Jurídico y Político*, 3(9), 69-84. Obtenido de <https://portalderevistas.upoli.edu.ni/Index.php/4-cuadernojuridicoypolitico/article/view/128>

- Geffner, N., & Agrest, M. (2019). Programa "GENERA"; Grupo de Encuentro y Reflexión sobre Esperanza , Recuperación y Autoestigma. *Haceres colectivos: Investigaciones y experiencias en Salud Mental y Adicciones en Argentina*, p. 117-126. doi:0000001617cnt-2019-10\_haceres-colectivos.pdf
- Gómez Rúa, N., Restrepo Ochoa, D., Gañan Echavarría, J., & Cardona Arango, D. (2018). La discapacidad desde los enfoques de derechos y capacidades y su relación con la salud pública. *Gerencia y Políticas de Salud*, 17(35), 1-40. Obtenido de <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps17-35.dedc>
- Herrera, D. (2017). Alienismo, manicomio y psiquiatría en Medellín (1920-1946). *Revista Universidad Católica Luis Amigó*(1), 60-82. Obtenido de <http://doi.org/10.21501/25907565.249>
- Hotschewer, H. (2019). *Ley Nacional de Salud Mental: conocimiento e implicancias sobre su proceso de implementación por psicólogos que se desempeñan en Atención Primaria de la Salud (APS) en instituciones públicas de la ciudad de Sante Fé*. (Tesis de Grado) Pontificia Universidad Católica Argentina, Santa Fe. Obtenido de <https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/10601>
- Inchauspe, J., & Eizaguirre, M. (2017). La coerción en salud mental: conceptos, procesos y situación. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*(20), 13-78.
- Jménez, M. (2017). Conceptos básicos del paradigma de la complejidad aplicados a la cuestión del método en Psicología Social. *Summa Psicológica UST*, 14(1), 12-22. doi:doi:10.18774/summa-vol14.num1-240
- León Román, C. (2017). Nuevas teorías en enfermería y las precedentes de importancia histórica. *Revista Cubana de Enfermería*, 33(4), 30. Obtenido de <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/artic>
- López, G. (2018). Las normativas de salud mental y derechos humanos , a la luz de los cuatro discursos de Jacques Lacan. *Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología.*, 3(3), 91-96. Recuperado el Febrero de 2021, de <https://revistas.psi.unc.edu.ar/index.php/aifp/article/view/20710>
- Losada, A., & Miller Franca, N. (2020). PRESUPUESTOS TEÓRICOS HUMANÍSTICOS EXISTENCIALES RELACIONADOS CON LA ESENCIA DE LA ENFERMERÍA Y EL CUIDAR. *Revista Digital PROSPECTIVAS EN PSICOLOGÍA*, 5(1), 34-42. Obtenido de [https://www.kennedy.edu.ar/wp-content/uploads/2020/12/09\\_05\\_01\\_6.-PRESUPUESTOS-TEO%CC%81RICOS-HUMANI%CC%81STICOS-EXISTENCIALES.pdf](https://www.kennedy.edu.ar/wp-content/uploads/2020/12/09_05_01_6.-PRESUPUESTOS-TEO%CC%81RICOS-HUMANI%CC%81STICOS-EXISTENCIALES.pdf)
- Martínez Hernández , A., & Correa UrquizaMartín. (2017). Un saber menos dado: nuevos posicionamientos en el campo de la salud mental colectiva. *Salud Colectiva*, 13(2), 267-278. Obtenido de <https://doi.org/10.18294/SC.2017.1168>
- Mendoza Loo, R., Rodríguez Sambrano, F., & Rodríguez Sambrano, A. (Diciembre de 2019). Ley Nacional de Salud Mental N° 26657: Sobre los derechos Humanos y los Derechos de la Familia. *Revista Caribeña de Ciencias Sociales*. Obtenido de <https://www.eumed.net/rev/caribe/2019/12/ley-nacional-saludmental.html>

- Meza , P. (2018). Estrategias de posicionamiento del autor en Artículos de Investigación de Ciencias Sociales, Humanidades e Ingeniería: novatos versus expertos. *Información Tecnológica*, 29(2), 3-18. Obtenido de <https://dx.doi.org/10.467/50718-07642018000200003>
- Minenza Castellero, O. (2017). La teoría del panóptico de Michel Foucault sobre como el poder político y económico nos controla sin que seamos capaces de advertirlo. *Psicología y Mente*, 4-6. Obtenido de <https://psicologiymente.net/social/teoría-panoptico-michel-foucault>
- Morales Romero, A., & Rodríguez Valenzuela, A. (2018). Gestión de cuidados en la unidad mental del Hospital Universitario Virgen de las Nieves. *Biblioteca LasCasas*, 14, 28-29. Obtenido de <http://ciberindex.com/c/lc/e11898>
- OPS/OMS. (2019). *OPS/OMS Apoya el proceso de Argentina hacia un modelo de salud mental comunitario*. Obtenido de <https://www.paho.org/arg/index.php?option=article&id=10345:ops-oms-apoya-el-proceso-de-argentina-hacia-un-modelo-de-salud-mental-comunitario...>
- Petrella, A. (Mayo de 2018). En la Ciudad, La Salud mental es autónoma Reflexiones a la luz de las posibles reformas al Derecho Reglamentario de la Ley Nacional de Salud Mental. *Igualdad, autonomía personal y derechos sociales. Asociación de Derecho Administrativo de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires*(7), 16. Obtenido de Asociación de Derecho Administrativo de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.: [www.adacidad.org.ar](http://www.adacidad.org.ar).
- Pierri, C. (2017). *Muerte en Manicomio: Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas-actual Hospital Interzonal J.A Estevez-entre los años 1957 y 1971*. (Tesis de Maestría). Universidad Nacional de Lanús, Buenos Aires. Recuperado el Febrero de 2021, de <http://www.repositoriojmr.unla.edu.ar/download/tesis/MaEGyPS/Pierri.C.2017.pdf>
- República Argentina (2010) Ley 26.657 . (2010). *Ley Nacional de Salud Mental*. Recuperado el Mayo de 2019, de [http://www.msal.gov.ar/saludmental/images/stories/noticias/pdf/2013-09-26\\_ley-nacional-salud-mental.pdf](http://www.msal.gov.ar/saludmental/images/stories/noticias/pdf/2013-09-26_ley-nacional-salud-mental.pdf)
- Riva Roure, M., Hartfiel, M., Irachet, V., & Cáceres, C. (2019). Logros y obstáculos en 20 años de trabajo del programa de rehabilitación y externación asistida del hospital José A. Estéves. *Haceres Colectivos: Investigaciones y experiencias en Salud Mental y Adicciones en Argentina*, 71-80. doi:ISBN978-950-38-0277-9
- Romero, P. (2017). ¿Salud Mental o Lo Mental En La Salud? Reflexiones Desde La Perspectiva De Derechos Humanos Acerca De Lo Mental En La Salud Pública Argentina. *1er Congreso Provincial de Salud Mental y Adicciones*, (pág. 11). Mar del Plata. Obtenido de <https://digital.cic.gba.gov.ar/handle/11746/5648>
- Romero, P. (2017). De un paradigma tutelar a un paradigma integral de derechos: nuevos aportes desde la Ley Nacional de Salud Mental n° 26657. *CICDigital*, 1-9. Obtenido de <https://digital.cic.gba.gov.ar/handle/11.746/5629>

- Sacristán, C. (2017). Curar y Custodiar. La cronicidad en el Manicomio La Castañeda, Ciudad de México, 1910-1968. *Asclepio*, 69(2), 193. Obtenido de <https://doi.org/10.3989/asclepio.2017.16>
- Salinas Curo, G. (2017). *Implementación de estrategias de marketing para mejorar el posicionamiento de la agencia SITAMSA a nivel local e internacional*. (Tesis de Grado). Universidad Privada Norbert Wiener, Perú. Obtenido de <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/1157>
- Sarmiento Suárez, M. (2017). Salud Mental y Desarrollo. *Revista Medicina N°118*, 39(3), 246-254. Obtenido de <https://revistamedicina.net/ojsanm/index.php/Medicina/article/view/118-7>
- Stagnaro, J., Cía, A., Vazquez, N., Vommaro, H., Nemirovsky, M., Serfaty, E., & Kessler, R. (2018). Estudio epidemiológico de salud mental en población general de la República Argentina. *VERTEX Revista Argentina de Psiquiatría*, XXIX(142), 272-275.
- Venancio, A., & Saiol, J. (2017). El Hospicio Nacional de Alienados en la prensa de Rio de Janeiro (1903-1911). *Asclepio*, 69(2), 190. doi:<http://doi.org/10.3989/asclepio.2017.13>

# ANEXOS

## ANEXO N° 1: Nota de Autorización



**EE**  
Escuela de  
Enfermería | **FCM**



**FCM**  
Facultad de  
Ciencias Médicas



**UNC**  
Universidad  
Nacional  
de Córdoba

2020 - "Año del General Manuel Belgrano".

Al Sr Director del Hospital

Dr. Emilio Vidal Abal de Oliva

Dr. Jorge Ibáñez

S \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ D

Tengo el agrado de dirigirme a usted y por su intermedio ante quien corresponda, a fin de solicitarle conceda autorización para realizar una investigación con los/las enfermeros/as que se desempeñan en esta institución. La misma será llevada a cabo por las alumnas Álvarez, Leticia y Cañete, Analía como requisito

para aprobar la materia de Taller de Trabajo Final, de la Escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba. Los objetivos del trabajo están dirigidos a conocer el posicionamiento que tiene enfermería ante la ley nacional de salud mental nº 26.657, desde un enfoque de Derechos del Paciente, y se llevaría a cabo en el período de agosto a diciembre del 2021. Una vez terminada la investigación, se le informarán los resultados a usted y a la Jefa del Departamento de Enfermería de este Hospital. Sin otro particular y a la espera de una respuesta favorable, saludamos atentamente.

Lic. Soria Valeria

Coordinadora de

Cátedra de Taller de Trabajo Final

## ANEXO N° 2: Nota de Autorización



2020 - "Año del General Manuel Belgrano".

A la Jefa del Departamento de Enfermería

Hospital Emilio Vidal Aval

S\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ D

Tengo el agrado de dirigirme a Usted a fin de poner en conocimiento que las enfermeras Álvarez, Leticia y Cañete, Analia, son alumnas regulares de la Cátedra de Taller de Trabajo Final y están elaborando un proyecto de investigación sobre el tema de **“Posicionamiento de enfermería ante la Ley Nacional de Salud Mental, desde un enfoque de derechos del paciente”**, el



cual se llevaría a cabo en éste nosocomio en el período de agosto a diciembre del 2021.

Por tal motivo se solicita su amable colaboración, que consiste en facilitar la información que requieran y/o permitir la consulta de documentación.

Sin otro particular y agradeciendo su intervención, la saluda atentamente.

---

Lic. Soria Valeria

Coordinadora de la Cátedra

### ANEXO 3: Consentimiento informado



2020 - "Año del General Manuel Belgrano".

Cátedra: Taller de Trabajo Final

Estimas Colega:

Apelamos a la cooperación voluntaria de usted para un proyecto de investigación sobre "Posicionamiento de enfermería ante la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657, desde un enfoque de derechos del paciente, en el Hospital Emilio Vidal Aval de Oliva, en el período agosto a diciembre del 2021".

Puede decidir si participa o no del estudio, el mismo, le garantiza el anonimato y confidencialidad de sus respuestas. Su colaboración favorecerá el conocimiento sobre el posicionamiento de enfermería ante la Ley Nacional de Salud Mental y

su impronta en la relación con el paciente, desde un enfoque de derechos del mismo.

Agradecemos su participación y el valioso aporte que pueda brindarnos. Si ha comprendido lo anterior y está de acuerdo en participar, le pedimos que firme el documento con lo cual ratifica su aceptación.

---

Firma de interesado

#### ANEXO N°4: Instrumento



2020 - "Año del General Manuel Belgrano".

N° de entrevista .....

Estimada/o Colega tiene por finalidad recolectar información sobre: **“El Posicionamiento que tiene enfermería ante la Ley Nacional de Salud Mental 26.657, desde un enfoque de derechos del paciente”**, en el Hospital Emilio Vidal Aval, en el período agosto a diciembre del 2021.

Les agradecemos la voluntad de responder todas las preguntas con sinceridad y confianza, pues la entrevista es de carácter anónimo y de su respuesta depende la validez y el éxito del trabajo. Los datos obtenidos serán procesados estadísticamente.

### Datos identificatorios

Marque, por favor, con una cruz:

#### A. Sexo:

Femenino	<input type="checkbox"/>
Masculino	<input type="checkbox"/>

#### B. Edad:

Menor de 30 años	<input type="checkbox"/>
Mayor de 30 años	<input type="checkbox"/>

#### C. Formación Profesional:

Enfermera/o Profesional	<input type="checkbox"/>
Licenciado en Enfermería	<input type="checkbox"/>

#### D. Antigüedad en la Institución:

Menor a 5 años	<input type="checkbox"/>
Entre 5 y 15 años	<input type="checkbox"/>
Más de 15 años	<input type="checkbox"/>

### Preguntas:

**Posicionamiento en cuanto a la relación de ayuda de enfermería para que el paciente enfrente sus problemas y los conceptualice.**

- ❖ **El paciente tiene derecho a recibir atención sanitaria, social, integral y humanizada, con acceso gratuito e igualitario asegurando la recuperación y preservación de su salud.**

- 1. ¿Usted le facilita al paciente a tener acceso a su historia clínica?  
¿De qué modo?**

.....  
.....  
.....

2. **¿Usted le comunica al equipo interdisciplinario que el paciente desea ser informado sobre su diagnóstico y tratamiento?**

**¿De qué manera?**

.....  
.....  
.....

3. **¿Considera usted que en la práctica se respeta la decisión del paciente de recibir o no tratamiento?**

**¿De qué manera?**

.....  
.....  
.....

**Posicionamiento en cuanto a la relación de ayuda de enfermería para que el paciente pueda discernir alternativas de solución a sus problemas emergentes.**

❖ **El paciente tiene derecho a recibir un tratamiento con la alternativa terapéutica más conveniente, promoviendo su integración familiar, laboral y comunitaria.**

4. **¿Usted le brinda información al paciente y su familia sobre el consentimiento informado?**

**¿De qué modo?**

.....  
.....  
.....

5. **¿Considera usted que facilita la presencia de un familiar o allegado, mientras dure su internación voluntaria?**

**¿De qué manera?**

.....  
.....  
.....

**6. ¿Considera usted que brinda apoyo en la toma de decisión respecto a internación voluntaria o tratamiento ambulatorio?**

**¿Como?**

.....  
.....  
.....

**Posicionamiento en cuanto a la relación de ayuda para que el paciente pueda socializar.**

❖ **El paciente tiene derecho a conocer y preservar su identidad, grupos de pertenencia, genealogía e historia.**

**7. ¿Usted estimula la realización de actividades recreativas (Laborterapia)?**

**¿De qué manera?**

.....  
.....  
.....

**8. ¿Considera usted que respeta las creencias y la cultura, permitiéndole al paciente recibir asistencia espiritual y religiosa?**

**¿De qué manera?**

.....  
.....  
.....

9. ¿Cree usted que escucha las necesidades del paciente, que refuerzan la identidad del mismo, articulando el acceso a la documentación solicitada?

¿De qué manera?

.....  
 .....  
 .....

Muchas gracias por su colaboración!!!!

**ANEXO N° 5: TABLA MATRIZ PARTE I**

Entrevista N°	Edad		Sexo		Formación Académica		Antigüedad		
	Menor de 30 años	Mayor de 30 años	F	M	Enf. Prof.	Lic.	Menos de 5 años	Entre 5 y 15 años	Más de 15 años de
1									
2									
3									
4									

5									
6									
7									
8									
9									
10/82									
Total									

#### ANEXO N°6: TABLA MATRIZ PARTE II

<b>Relación de ayuda para que el paciente enfrente sus problemas y los conceptualice:</b>			
<b>Derecho a recibir atención sanitaria y social, integral y humanizada, con acceso gratuito e igualitario asegurando la recuperación y preservación de su salud.</b>			
<b>Indicadores</b>	<b>El enfermero colabora con el paciente para que tenga acceso a su historia clínica</b>	<b>El enfermero informa al equipo interdisciplinario que el paciente desea recibir información de su diagnóstico y tratamiento.</b>	<b>El enfermero respeta la atención y tratamiento que el paciente desea recibir.</b>
<b>Respuesta</b>	<b>¿De qué modo?</b>	<b>¿De qué manera?</b>	<b>¿De qué manera?</b>

1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10/82			
Total			

**ANEXO N° 7: TABLA MATRIZ PARTE III**

<b>Relación de ayuda para que el paciente pueda discernir alternativas de solución a sus problemas emergentes</b>			
<b>Derecho a recibir un tratamiento con la alternativa terapéutica más conveniente, promoviendo su integración familiar, laboral y comunitaria</b>			
<b>Indicadores</b>	<b>El enfermero informa al paciente que es el consentimiento informado.</b>	<b>El enfermero adapta la estadía de internación voluntaria del paciente para que permanezca acompañado por</b>	<b>El enfermero brinda apoyo a la decisión que tome el paciente de internación voluntaria o tratamiento ambulatorio</b>



		su familiar o allegado.	
<b>Respuestas</b>	<b>¿De qué modo?</b>	<b>¿De qué manera?</b>	<b>¿Cómo?</b>
<b>1</b>			
<b>2</b>			
<b>3</b>			
<b>4</b>			
<b>5</b>			
<b>6</b>			
<b>7</b>			
<b>8</b>			
<b>9</b>			
<b>10/82</b>			
<b>Total</b>			

**ANEXO N° 8: TABLA MATRIZ PARTE IV**

<b>Relación de ayuda para que el paciente pueda socializar</b>
<b>c) Derecho a conocer y preservar su identidad, grupos de pertenencia, genealogía e historia.</b>

<b>Indicadores</b>	<b>El enfermero promueve la realización de actividades recreativas (Laborterapia).</b>	<b>El enfermero respeta las creencias y cultura del paciente, permitiendo asistencia espiritual y religiosa cuando lo necesite</b>	<b>El enfermero escucha las necesidades del paciente que refuerza la identidad del mismo, articulando el acceso a la documentación que requiera, como por ejemplo DNI</b>
<b>Respuestas</b>	<b>¿De qué manera?</b>	<b>¿De qué manera?</b>	<b>¿De qué modo?</b>
<b>1</b>			
<b>2</b>			
<b>3</b>			
<b>4</b>			
<b>5</b>			
<b>6</b>			
<b>7</b>			
<b>8</b>			
<b>9</b>			
<b>10/82</b>			
<b>Total</b>			

**ANEXO N° 9: Nota de Autorización para realizar Prueba Piloto**

Anexo II Nota de Autorización

Córdoba, 10 de Diciembre de 2020.

A LA JEFA DE ENFERMERÍA DE Clínica Privada Integral  
de Psiquiatría San Nicolás SRL  
Lic. Noelia Sorba  
S \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ D

Tengo el agrado de dirigirme a Usted a fin de poner en conocimiento que las alumnas Álvarez Leticia y Cañete Analia, so alumnas regulares de la Cátedra de Taller de Trabajo Final están elaborando un estudio de investigación sobre el tema de "Posicionamiento que tienen los enfermeros en el marco de la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental 26657, desde un enfoque de derechos".

Por tal motivo se solicita su importante colaboración, que consiste en facilitar la información que requieran y/o permitir la consulta de documentación.

Sin otro particular y agradeciendo su intervención, la saluda atte.

  
Lic. Noelia Sorba  
M.P. 10530  
Jefa Departamento de Enfermería  
Clínica Privada Integral  
de Psiquiatría San Nicolás

Recibido  
15/12/20

  
PROF. LIC. DÍAZ ESTELA  
Estela Estela Roy  
Lic. en Enfermería  
M. P. 10530